DECLARAÇÃO DOS FATOS PARA UM ADICIONAL

(Formulário Complementar para o Vale-Refeição e Solicitação de Auxílio em Dinheiro)

INSTRUÇÕES: Preencha este formulário para nos informar sobre uma nova pessoa na residência. Se precisar de mais espaço para responder às perguntas, use outra folha de papel. Responda a todas as perguntas sobres os benefícios que você está solicitando. As siglas "CA" para auxílio em dinheiro e "FS" para vale-refeição no lado esquerdo de cada pergunta indicam a que programa ela se refere.

Se você recebe auxílio em dinheiro e deseja que uma nova pessoa também o receba, este formulário deverá ser preenchido pelo guardião adulto com algum parentesco que esteja recebendo o auxílio em dinheiro ou pela nova pessoa, exceto se for uma criança.

Para as residências com o Vale-Refeição que não recebam auxílio em dinheiro ou não o desejam para a nova pessoa, o formulário poderá ser preenchido por um membro da residência, um representante autorizado ou a nova pessoa.

POR FAVOR, IMPRIMA

COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME

WORKER NUMBER

DATE RECEIVED

VERIFIED:	YES	NO
SSN		
FS ID		
Blind/Deaf/Disabled		
Residency		
DFA 285-C Comp.		
Referred to Cal-Learn		
CW 25 Completed		
CW 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen		
Sponsored		
SAVE		

Date of Entry to U.S._____

Excluded HH Member Code _____

Work/Training/WTW Code _____

CA FS (1) Nome da pessoa preenchendo o formulário (Nome, Nome do Meio, Sobrenome)

CA FS (2) Informe a nova pessoa na residência, incluindo recém-nascido.

NOME (Nome Nome do Meio Sobrenome)

STATUS DE CIDADÃO/NÃO CIDADÃO (✓)
☐ Cidadão/Natural dos EUA
☐ Não Cidadão: Patrocinado ☐ SIM ☐ NÃO

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL (SOCIAL SECURITY)
- -

DATA DE NASCIMENTO
- -

GRÁVIDA ☐ SIM ☐ NÃO

ELE/ELA É UM PAI/MÃE? ☐ SIM ☐ NÃO

NATURALIDADE (Cidade/Estado/País)

SEXO (✓) ☐ M ☐ F

ESTADO CIVIL
☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a)
☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a)
☐ Matrimônio sem formalidades legais
☐ Viúvo(a)

DEFICIENTE VISUAL/ AUDITIVO/FÍSICO
☐ SIM ☐ NÃO

ESCOLARIDADE (✓)
☐ Ensino superior completo
☐ Ensino médio completo
☐ Ainda freqüenta a escola
☐ Não freqüenta uma escola. Motivo:

POSSUI PARENTESCO COM O CANDIDATO/GUARDIÃO/CHEFE DA RESIDÊNCIA? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", explique o parentesco:

QUALQUER OUTRO NOME USADO: (de solteira, de filho(a) adotivo(a) etc.)

CA FS (3) Ele/ela já solicitou ou recebeu benefícios no passado, como: auxílio em dinheiro, vale-refeição, assistência a pessoas sem lugar para morar, Medi-Cal, Assistência Monetária para Refugiados? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", explique:

QUANDO	ONDE (condado, estado ou país)	TIPO DE BENEFÍCIO

CA (4) Ele/ela tem menos de 19 anos? Se "SIM", preencha abaixo: ☐ SIM ☐ NÃO

NOME DA MÃE (✔) Mora na casa	NOME DO PAI (✔) Mora na casa	Motivo pelo qual o outro pai/mãe não mora na casa	Filho(a) precisa de auxílio por que o pai/mãe está verdadeiras)
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Ausente ☐ Desempregado(a) ☐ Incapacitado(a) ☐ Falecido(a)

VERIFIED:
Deprivation ☐ YES ☐ NO

CA FS (5) Ele/ela prestou serviço militar aos EUA ou é cônjuge, pai/mãe ou filho(a) de uma pessoa que prestou serviço militar? Se "SIM", explique: ☐ SIM ☐ NÃO

INFORME NOME, RAMO DE SERVIÇO, ETC.

DISPENSA HONROSA ☐ SIM ☐ NÃO

CW 5 ☐ YES ☐ NO

Date Initiated _____

CA (6) Ele/ela mora atualmente na Califórnia e pretende continuar morando? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "NÃO", explique:

COUNTY USE ONLY

☐ CalWORKs and FC Eligible/ CR Chooses:
Child: ☐ CalWORKs ☐ FC
CR: ☐ CalWORKs ☐ None

CA FS (7) A. Ele/ela é um filho(a) adotivo(a) morando na residência? ☐ SIM ☐ NÃO

FS B. Você deseja que o filho(a) adotivo(a) *e* e os rendimentos de adoção sejam inclusos no Vale-Refeição? ☐ SIM ☐ NÃO

CA FS (8) A. Ele/ela tem 16 anos ou mais e está matriculado(a) em uma escola, faculdade ou programa de treinamento? Se "SIM", preencha abaixo: ☐ SIM ☐ NÃO

NOME DO PROGRAMA ESCOLAR/ UNIVERSITÁRIO/DE TREINAMENTO	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	DATA DA GRADUAÇÃO	EMPREGADO?
SE MATRICULADO, MARQUE (✔) O STATUS ☐ Integral ☐ Meio período ☐ Outro (especifique):			☐ SIM ☐ NÃO

VERIFIED:
School Enrollment ☐Yes ☐No
FS Eligible Student ☐Yes ☐No

CA FS B. Informe a seguir se ele/ela está matriculado em uma faculdade ou freqüentando uma instituição escolar semelhante.

PERÍODO	MENSALIDADE/TAXAS POR PERÍODO	LIVROS, MATERIAL ETC. POR PERÍODO
☐ Semestral ☐ Anual ☐ Quinzenal	$	$
PERCURSO POR DIA ENTRE A ESCOLA/INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA INFANTIL E A RESIDÊNCIA (KM)	FREQÜÊNCIA POR SEMANA	TRANSPORTE UTILIZADO
CUSTO DO TRANSPORTE POR SEMANA $	VALOR PAGO POR CARONISTAS $	TRANSPORTE PÚBLICO (ÔNIBUS ETC.) POR DIA $

VERIFIED:
Expenses ☐Yes ☐No
Financial Aid ☐Yes ☐No

CA FS (9) Ele/ela teve o auxílio em dinheiro vale-refeição interrompido por um determinado período ou permanentemente devido a: não cooperação durante a revisão do controle de qualidade, sanções de trabalho ou treinamento ou fraude à assistência social ou Violação Intencional do Programa? Se "SIM", preencha abaixo: ☐ SIM ☐ NÃO

POR QUÊ	QUANDO	QUAL CONDADO/ESTADO

CA FS (10) **Algum membro da residência está fugindo da lei para evitar processo por delito, prisão/cárcere após acusação ou violação de liberdade condicional?** Se "SIM", informe o nome da pessoa: ☐ SIM ☐ NÃO

CA FS (11) Algum membro da residência foi acusado de crime relacionado a porte de drogas, posse, uso ou distribuição de substâncias controladas? Informe os fatos, no caso de auxílio em dinheiro, para as acusações que ocorreram a partir do dia 1/1/1998; e, para o vale-refeição, para os crimes e acusações após 22/8/1996. Se "SIM", preencha abaixo: ☐ SIM ☐ NÃO

NOME DA PESSOA ACUSADA	DATA DA ACUSAÇÃO	DATA DO CRIME COMETIDO

FS (12) Ele/ela compra alimentos e prepara refeições separadamente dos outros membros da residência? ☐ SIM ☐ NÃO

Separate household eligible ☐Yes ☐No

FS (13) Ela/ela tem 60 anos ou mais e está incapacitado(a) de comprar alimentos e preparar refeições separadamente devido a alguma deficiência? ☐ SIM ☐ NÃO

Separate household eligible ☐Yes ☐No

FS (14) Ele/ela paga a você pelas refeições e/ou um quarto? ☐ SIM ☐ NÃO

MARQUE (✔)	VALOR	FREQÜÊNCIA	Nº DE REFEIÇÕES POR DIA
☐ Refeições ☐ Quarto ☐ Ambos $			

Household Elects

BOARDER	HH MEMBER	ROOMER

FS (15) Ele/ela recebe alimentos de um dos seguintes programas? ☐ SIM ☐ NÃO

- Refeitório comunitário para idosos ou deficientes
- Programa de distribuição de alimentos operada por uma reserva nativo-americana
- Outro programa de alimentação

Se "SIM", preencha abaixo:

NOME DO PROGRAMA

CA FS (16) Ele/ela está trabalhando no momento ou estará trabalhando nos próximos dois meses? Se "SIM", preencha abaixo. Anexe holerites ou outros comprovantes de ganhos. (Observação: No caso de profissional autônomo, indique as despesas comerciais em uma folha de papel separada e anexe-a ao formulário). ☐ SIM ☐ NÃO

NOME DO EMPREGADOR	AUTÔNOMO	OCUPAÇÃO	DIAS/HORAS DE TRABALHO POR MÊS
	☐ SIM ☐ NÃO		

DATA(S) DO PAGAMENTO	SALÁRIO ANTES DAS DEDUÇÕES	GORJETAS OU COMISSÕES
	$ por	☐ SIM Valor $ ☐ NÃO

COUNTY USE ONLY

(✔) if Exempt
☐ CA
☐ FS Adult
☐ FS Child

FS S/E Farmer ☐ Yes ☐ No

Verification(s) on file: ☐ Yes ☐ No

CA FS (17) A. Ele/ela paga alguém para cuidar de uma criança, adulto deficiente ou outro dependente para que ele/ela possa trabalhar ou fazer um treinamento ou procurar emprego? Se "SIM", preencha abaixo: ☐ SIM ☐ NÃO

NOME DA PESSOA QUE RECEBE OS CUIDADOS	NOME DA PESSOA QUE FORNECE OS CUIDADOS	VALOR PAGO MENSALMENTE
		$
NOME DA PESSOA QUE RECEBE OS CUIDADOS	NOME DA PESSOA QUE FORNECE OS CUIDADOS	VALOR PAGO MENSALMENTE
		$

Child Care Informing Given to Client:

Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Dependent Care Eligible

CA	FS
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

CA FS B. Ele/ela tem seus gastos com assistência infantil pagos por outra pessoa? ☐ SIM ☐ NÃO
Inclua os gastos pagos por um parente ou amigo, Ministério da Educação, Auxílio a Estudantes, Subvenção Global (Block Grant), Cal-Learn (programa de educação para pais adolescentes), TCC (Programa de Transição de Assistência Infantil), NET (Programa de Educação e Treinamento que não pertence ao GAIN), WTW (Assistência Social para o Trabalho), SCC (Programa de Pagamentos Complementares para Assistência Infantil), CAAP (Programa de Assistência Alternativa da Califórnia) etc. Se "SIM", preencha abaixo:

NOME DA CRIANÇA	QUEM PAGA	VALOR MENSAL PAGO
		$
NOME DA CRIANÇA	QUEM PAGA	VALOR MENSAL PAGO
		$

CA FS (18) Ele/ela parou de trabalhar/treinar ou se recusou a trabalhar/treinar nos últimos 60 dias? Se "SIM", preencha abaixo: ☐ SIM ☐ NÃO

NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR/PROGRAMA DE TREINAMENTO

Esta pessoa recebe ou espera receber salários ou benefícios este mês? Se "SIM", preencha abaixo. ☐ SIM ☐ NÃO

ÚLTIMO PAGAMENTO RECEBIDO (DATA)	VALOR ANTES DAS DEDUÇÕES
	$
CHEQUE ESPERADO (DATA)	VALOR ANTES DAS DEDUÇÕES
	$

NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO/TREINAMENTO

Último Mês_____

Mês Atual_____

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO/TREINAMENTO	GORJETAS OU COMISSÕES
	☐ SIM Valor $ ☐ NÃO

MOTIVO DE SAÍDA DO EMPREGO/TREINAMENTO

	YES	NO
Emp. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

☐ CA: 30 days

☐ FS: 60 days

CA FS (19) Ele/ela está em greve? Se "SIM", preencha abaixo: ☐ SIM ☐ NÃO

NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR/PROGRAMA DE TREINAMENTO

NOME DO SINDICATO

DATA DO INÍCIO DA GREVE

RENDA BRUTA MENSAL GANHA COM ESTE EMPREGO ANTES DA GREVE

$

Striker Regs Apply

CA	FS
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

FS (20) Ele/ela paga pensão a filho ou cônjuge? Se "SIM", preencha abaixo: ☐ SIM ☐ NÃO

NOME DO FILHO(A) OU CÔNJUGE	VALOR POR MÊS	TRIBUNAL DETERMINOU
	$	☐ SIM ☐ NÃO

Court Order on File ☐ Yes ☐ No

Amount Ordered

$

CA FS (21) Ele/ela solicitou ou recebeu qualquer outro benefício nos últimos 12 meses, como: assistência social, seguro-desemprego/seguro por incapacidade, Auxílio em Dinheiro, pensão a filho/cônjuge, benefícios para veteranos, habitação gratuita, serviços público e municipais gratuitos etc?Se "SIM", preencha abaixo: ☐ SIM ☐ NÃO

TIPO DE BENEFÍCIO	VALOR	DATA DA SOLICITAÇÃO	LOCAL (CONDADO/ESTADO)	ÚLTIMA DATA DE RECEBIMENTO	FREQÜÊNCIA (semanalmente, mensalmente etc.)	DATA ESPERADA PARA INÍCIO E FIM	(✓) if Exempt CA	FS
	$					INÍCIO:		
						FIM:		

COUNTY USE ONLY

Home Exempt ☐ Yes ☐ No

Other Real Property
Market Value $_____
Amount Owed $_____
Net Value $_____
Lien Applicable ☐ Yes ☐ No

CA FS (22) Ele/ela possui ou está adquirindo bens imobiliários, como terreno e/ou edifícios em qualquer lugar, inclusive fora dos EUA? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", preencha abaixo:

TIPO (TERRENO, CASA, APARTAMENTO ETC.)	USO (HABITAÇÃO, ALUGUEL ETC.)	ENDEREÇO OU LOCALIZAÇÃO	VALOR ESTIMADO	VALOR DEVIDO
			$	$

CA FS (23) A. Ele/ela possui algum dos seguintes recursos? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", marque (✓) cada item e explique abaixo:

RECURSO	SIM	NÃO	RECURSO	SIM	NÃO
Cheque ou dinheiro (na residência ou outro local)			Fundos de Fideicomisso		
Conta corrente/Poupança/ União de crédito de Crédito			Ações, Títulos, Certificados, IRAs (Contas Individuais de Aposentadoria)		
Notas, Hipotecas, Escrituras de Fideicomisso, Contratos de Vendas			Outro (liste abaixo)		

TIPO DE RECURSO	PROPRIETÁRIO	Nº DA CONTA/APÓLICE	NOME E ENDEREÇO DO BANCO ETC.	VALOR ATUAL	(✓) if Exempt CA	FS
				$		
				$		

CA FS B. Ele/ela recebe rendimentos de algum desses recursos, como juros, dividendos etc.? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", indique e explica cada item abaixo:

FONTE DE RENDA	VALOR	FREQÜÊNCIA
	$	
	$	

CA FS (24) Ele/ela possui, aluga ou utiliza veículos motorizados, como um carro, caminhão, barco, trailer, van, residência móvel, veículo off-road (ATV), moto, lancha, jetski etc.? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", preencha abaixo:

(✓) If Exempt Leased | Vehicle Valuation
☐ Exempt
☐ Leased

NOME DO PROPRIETÁRIO SE ALUGADO, MARQUE (✓)	UTILIZAÇÃO	ANO, MARCA, MODELO	NÚMERO DE LICENÇA E ESTADO DE REGISTRO	LICENCIADO (✓)	AVALIADO EM	VALOR DEVIDO
☐ Alugado				☐ Sim ☐ Não	$	$

CA FS (25) Ele/ela possui ou usa uma propriedade pessoal que custe pelo menos US$100 por item ou que agora valha pelo menos US$100 por item, como: jóias, equipamentos, instrumentos, bens semoventes etc.? Nãoindique vestuário, alianças, tapetes, mobília, aparelhos domésticos ou outros acessórios da residência. ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", preencha abaixo:

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately
Net Market Value
$ _____

PROPRIETÁRIO	NOME DO ITEM	DATA DE COMPRA	VALOR DA COMPRA OU VALOR ATUAL	VALOR DEVIDO
			$	$
			$	$

CA FS (26) Ele/ela vendeu, transferiu ou cedeu qualquer propriedade pessoal ou real nos últimos 2 anos, no caso de auxílio em dinheiro, e nos últimos 3 meses, para o vale-refeição? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", explique abaixo:

Closed Bank Accounts:
☐ Food Stamps in last 3 months

CA (27) Ele/ela possui algum dos seguros abaixo: de vida, funerário, para deficiência ou hipoteca? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", preencha abaixo:

NOME DA SEGURADORA	NÚMERO DA APÓLICE	MENSALIDADE PAGA POR (NOME)	VALOR DO SEGURO
			$

Total CSV
(1) _____
(2) _____
Total Countable Property:
Items 22-27
CA $ _____
FS $ _____

CA FS (28) Ele/ela possui convênio médico, incluindo aquele pago por um empregador ou pai/mãe ausente, como: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, Medicare etc.? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", preencha abaixo:

NOME DA SEGURADORA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA MENSALIDADE	FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO
		$	

☐ Health Care Options Explanation Given
Referral _____
NA _____
☐ DHS 6155
☐ DFA 285-C
Medicare Gross Premium
$_____

	COUNTY USE ONLY
CA 29 Ele/ela recebeu tratamento médico/obstétrico no mês atual ou nos três meses anteriores a este? ☐ SIM ☐ NÃO Se "SIM", preencha abaixo:	Retro Medi-Cal Requested ☐ Yes ☐ No Approved ☐ Yes ☐ No

NOME DA PESSOA RECEBENDO OS CUIDADOS	MESES DE TRATAMENTO	O TRATAMENTO FOI PAGO?		DESEJA MEDI-CAL PARA ESSES MESES?	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO

CA 30 Ele/ela possui algum convênio médico disponível do pai/mãe, empregador ou pai/mãe ausente que não tenha sido solicitado? ☐ SIM ☐ NÃO

Se "SIM", preencha abaixo:

☐ DHS 6155

NOME DA SEGURADORA	VALOR DA MENSALIDADE	FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO
	$	
	$	

CA FS 31 Ele/ela possui uma deficiência causada por lesão ou acidente que dificulta executar um trabalho ou cuidar das próprias necessidades? ☐ SIM ☐ NÃO

Se "SIM", preencha abaixo:

VERIFIED:
Higher/Lower MAP ☐ Yes ☐ No
Special Need ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

TIPO DE PROBLEMA	DATA DE INÍCIO DO PROBLEMA	DATA DE RECUPERAÇÃO ESPERADA

CA FS 32 A. Ele/ela possui uma condição médica que exija qualquer um dos itens a seguir? Marque (✓) SIM ou NÃO para cada item:

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Dieta especial receitada por um médico			Uso freqüente de serviços públicos e municipais		
Necessidades especiais de transporte			Serviço de lavanderia especial		
Telefone especial ou outro equipamento			Outros (especifique):		
Trabalho doméstico (ninguém mais na residência pode fazer isso)					

Se "SIM", explique:

CA Special Need ☐ Yes ☐ No
Amount $_____
VERIFIED:
CA ☐ Yes ☐ No
FS ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

CA FS B. Ele/ela recebe Serviços de Casa ou Cuidados Pessoais (IHSS)? ☐ SIM ☐ NÃO
Se "SIM", quanto ele/ela paga por mês? $_____

☐ DFA 285-C

CA 33 Os seguintes serviços estão disponíveis. As respostas a estas perguntas para você mesmo ou qualquer membro da sua família não afetarão sua elegibilidade. Marque (✓) SIM ou NÃO para cada item.

	SIM	NÃO	
A. Check-ups regulares para ajudar a proteger a saúde da sua família estarão disponíveis, se necessário, através do programa para a Saúde e Prevenção de Deficiências para Crianças e Adolescentes (CHDP) aos membros elegíveis da sua família menores de 21 anos.			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ ☐ Referral
• Deseja mais informações sobre os Serviços de CHDP?			
• Deseja receber os serviços médicos de CHDP?			
• Deseja receber os serviços odontológicos do CHDP?			
• Você precisa de ajuda para marcar consultas ou com transporte para os Serviços de CHDP?			
B. Se alguma mulher na família estiver grávida, você poderá receber ajuda para encontrar um médico, obter alimentos saudáveis etc. Deseja falar com alguém sobre esse tipo de ajuda?			
C. Alguma mulher da família está amamentando?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
Se "SIM", o nascimento ocorreu nos últimos 12 meses?			
Se você marcou "SIM" para as perguntas 33 B ou C, poderá ser elegível aos serviços oferecidos pelo Programa de Nutrição Complementar para mulheres, bebês e crianças (WIC).			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum ☐ WIC referral
D. Você ou algum membro da sua família deseja serviços de planejamento familiar gratuitos ou de baixo custo? Se "SIM", ligue para o seu convênio médico ou médico regular.			
Ou, para fatos e a localização de clínicas particulares de planejamento familiar, ligue gratuitamente para 1-800-942-1054.			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date _____

CERTIFICAÇÃO

Compreendo que:

- Todos os dados fornecidos, incluindo os fatos sobre benefícios e rendimentos, serão conferidos junto aos registros locais, estaduais e federais, como empregadores, a Administração de Identidade Nacional, pagamentos de impostos, previdência, agências de auxílio ao desemprego, freqüência escolar etc. No caso do auxílio em dinheiro e do vale-refeição, os registros serão conferidos junto às agências de manutenção e garantia da lei para a verificação de mandatos de prisão.

- Todos os fatos fornecidos, incluindo os fatos sobre benefícios e rendimentos, poderão ser revistos e verificados pelo pessoal do condado, estado e federação e, caso eu tenha fornecido dados incorretos, meu auxílio em dinheiro, vale-refeição e Medi-Cal poderão ser recusados ou interrompidos.

- Meu caso pode ser escolhido para revisões a fim de garantir que minha elegibilidade foi calculada corretamente e devo cooperar completamente com o pessoal do meu condado, estado ou federação durante qualquer investigação ou revisão, incluindo as revisões do controle de qualidade.

- O condado enviará os fatos para o Serviço de Imigração e Naturalização (INS) para verificar o status de imigração e os fatos fornecidos ao condado pelo INS poderão afetar a minha elegibilidade ao auxílio em dinheiro, vale-refeição e Medi-Cal completo. No entanto, se eu estiver solicitando somente o Medi-Cal E não for (a) um residente legal permanente (LPR), (b) um estrangeiro sob anistia com um I-688 válido e atual ou (c) um estrangeiro com residência permanente nos Estados Unidos a critério governamental (PRUCOL), o condado não enviará os fatos ao INS.

- Devo solicitar e manter qualquer cobertura médica disponível se nenhum custo estiver envolvido; caso não faça isso, meu Medi-Cal será recusado ou interrompido.

- Eu ou qualquer membro da minha família terão de devolver qualquer auxílio em dinheiro que não deveria ter sido pago.

- A residência com Vale-Refeição, qualquer membro adulto da residência com Vale-Refeição (mesmo que se mude para outro lugar), o patrocinador de um não cidadão membro da residência ou o representante autorizado dos residentes em uma instituição elegível terá de devolver quaisquer benefícios que a residência não deveria ter recebido.

- Qualquer membro da minha residência que esteja evitando ou fugindo da lei para evitar perseguição por crimes, custódia ou confinamento depois da acusação ou em violação à liberdade condicional não poderá receber auxílio em dinheiro ou vale-refeição.

- Qualquer pessoa que foi condenada por delito relacionado a entorpecentes, como posse, uso ou distribuição de substâncias controladas a partir de 22 de agosto de 1996 não pode obter o vale-refeição e qualquer pessoa condenada a partir de 1º de janeiro de 1998 não pode obter auxílio em dinheiro.

- Para o auxílio em dinheiro e vale-refeição, o condado exigirá que eu e certos membros da residência forneçamos nossas impressões digitais e imagem fotográfica. Todos os benefícios poderão ser recusados ou interrompidos se não cooperarmos.

Também entendo que :

Sofrerei penalidades de desqualificação e/ou fraude à assistência social se fornecer intencionalmente fatos incorretos ou falhar ao relatar todos os fatos ou situações que afetem minha elegibilidade ou benefícios de auxílio em dinheiro, vale-refeição e Medi-Cal.

Para auxílio em dinheiro:

- Se eu não seguir as regras de auxílio em dinheiro, poderei ser multado em até US$ 10.000 e/ou enviado à prisão por 3 anos. E meu auxílio em dinheiro poderá ser interrompido:

  - Pela não informação todos os fatos ou fornecimento de fatos errados: 6 meses na primeira ofensa, 12 meses na segunda ofensa ou permanentemente na terceira; e, no caso de Assistência Monetária para Refugiados (RCA), 3 meses para a primeira ofensa e 6 meses para qualquer outra ofensa posterior.

  - Pelo envio de uma ou mais solicitações para obter auxílio em mais de um caso no mesmo período: 2 anos na primeira acusação, 4 anos na segunda ou permanentemente na terceira.

  - Pela acusação de roubo para obter auxílio: 2 anos para o roubo de valores menores que US$2.000; 5 anos para valor de US$2.000 a US$4.999,00; e permanentemente para valores iguais ou maiores que US$5.000.

  - Pelo fornecimento ao condado uma prova falsa de residência a fim de obter auxílio em dois ou mais condados ou estados ao mesmo tempo; fornecimento ao condado de fatos errados sobre uma criança inelegível ou inexistente; recebimento de mais de US$10.000 em benefícios em dinheiro por meio de fraude; pela condenação pela terceira vez por fraude em um tribunal ou audiência administrativa: permanentemente.

Para vale-refeição:

- Se eu não seguir as regras do vale-refeição intencionalmente, meu vale-refeição poderá ser interrompido por 12 meses na primeira violação, 24 meses na segunda e permanentemente na terceira. E poderei ser multado em até US$ 250.000 e/ou enviado à prisão por 20 anos.

- Se for considerado culpado em um tribunal porque:

  - Troquei ou vendi o vale-refeição por armas de fogo, munição ou explosivos, o meu vale-refeição poderá ser interrompido permanentemente na primeira violação.

  - Troquei ou vendi o vale-refeição por substâncias controladas, o meu vale-refeição poderá ser interrompido durante 24 meses na primeira violação e permanentemente na segunda.

  - Troquei ou vendi vale-refeição no valor de US$ 500 ou mais, o meu vale-refeição poderá ser interrompido permanentemente.

  - Enviei duas ou mais solicitações ao mesmo tempo para obter os benefícios do vale-refeição ou forneci uma identidade ou informações de residência falsas ao condado, o meu vale-refeição poderá ser interrompido por 10 anos.

Declaro, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas nesta declaração dos fatos são verdadeiras, corretas e estão completas.

ASSINATURA (PAI/MÃE OU GUARDIÃO COM ALGUM PARENTESCO, CANDIDATO AO MEDI-CAL, MEMBRO ADULTO DA RESIDÊNCIA COM VALE-REFEIÇÃO OU REPRESENTANTE AUTORIZADO DO VALE-REFEIÇÃO)

ASSINATURA (OUTRO PAI/MÃE MORANDO NA RESIDÊNCIA, NO CASO DE AUXIÍLIO EM DINHEIRO)	DATA	ASSINATURA DA TESTEMUNHA, INTÉRPRETE OU PESSOA REPRESENTANDO O CANDIDATO/PARTICIPANTE	DATA