ЗАЯВЛЕНИЯ О ФАКТАХ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ РОДСТВЕННИКАМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИМИ УСЛУГИ (ARC), ПО ПРОГРАММЕ ВЫБОРА ФИНАНСИРОВАНИЯ

(ЧАСТЬ ПЕРВАЯ)

ИНСТРУКЦИИ: Пожалуйста, ответьте на все вопросы слева от толстой черной линии. Пишите чернилами. Если вам нужно больше места, приложите лист бумаги. Заполните эту форму на каждого ребенка/юношу/девушку. Если вам нужна помощь в заполнении этой формы, пожалуйста, обратитесь к социальному работнику работающему с детьми/молодежью или определяющему право на льготы.

COUNTY USE ONLY
(ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

1. Имя утвержденного родственника, предоставляющего услуги

Телефон
( )

2. Предоставьте нам все факты об этом ребенке/юноше/девушке.

Имя ребенка/юноши/девушки (Имя, среднее имя, фамилия)

Пол
☐ Мужской ☐ Женский

Адрес

Дата рождения (Месяц/День/Год)

Место рождения (Город/штат/страна)

Номер Социального Страхования (SSN)

Гражданин США? ☐ ДА ☐ НЕТ

Статус негражданина

Проживает в штате Калифорния? ☐ ДА ☐ НЕТ

Родственное отношение ребенка/юноши/девушки к присматривающему родственнику

Verification

☐ SSN
☐ Citizen
☐ Eligible Noncitizen
☐ California Residency

Verification of Dependency Status

☐ Dependency Order
☐ Voluntary Placement Agreement
_____(end date)
☐ SOC 158A
☐ FC 3

Verification of Federal Funding Status

☐ Eligible for federal AFCDC-FC
☐ Ineligible for federal AFDC-FC
☐ SOC 158A
☐ FC 3

3. Получает ли в настоящее время ребенок/юноша/девушка льготы CalWORKs?

☐ ДА ☐ НЕТ

Если “**ДА**”, укажите номер дела CalWORKs: _____ и подпишите ниже (стр. 2).

Если “**НЕТ**”, вы должны заполнить Часть Два, начиная с #4, ниже.

Verification

☐ CalWORKS eligibility confirmed

ЗАЯВЛЕНИЯ О ФАКТАХ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ CALWORKS

(ЧАСТЬ ДВА, ПРОГРАММА ARC, ЗАЯВЛЕНИЕ О ФАКТАХ)

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вам нужна помощь в заполнении этой формы, пожалуйста, обратитесь к социальному работнику работающему с детьми/молодежью или определяющему право на льготы.

Verification

☐ FC 2

4. Есть ли у ребенка/юноши/девушки медицинская страховка, включая Medi-Cal?

☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ

Если “**ДА**”, укажите номер полиса, название компании и имя на полисе:

Для Medi-Cal, укажите номер дела Medi-Cal:

☐ Verification provided

For Medi-Cal, Relative Caregiver chooses:

☐ Managed Care ☐ Fee for Service

☐ FC 2

5. Получает ли или рассчитывает ли ребенок/юноша/девушка получить любой доход, как например: Заработок, Дополнительный Социальный Доход/Доход Дополнительного Страхования (SSI/SSP), Льготы Социального Страхования, Алименты, Льготы Ветеранов, т.п.

☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ

Если "**ДА**", заполните ниже:

ВИД ДОХОДА	СУММА (до вычетов, если таковые имеются)	КОГДА	КАК ЧАСТО
	$		

Продолжится ли этот доход? ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ

Если "**НЕТ**", объясните любые известные изменения:

☐ Verification provided

Income:
☐ Earned _____
☐ Unearned _____
☐ Exempt _____
☐ FC 2 _____

6. Владеет ли ребенок/юноша/девушка каким-либо имуществом или владеет такими средствами, как: наличные, земля, автомобиль, мотоцикл, банковские счета, целевые фонды, сберегательные облигации, платежи на душу населения американским индейцам или целевые фонды или другие средства?

☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ

Если "**ДА**", заполните ниже:

ТИП РЕСУРСА	НОМЕР СЧЕТА/ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ, АДРЕС БАНКА И Т.П.	ТЕКУЩАЯ СТОИМОСТЬ
			$
			$

☐ Verification provided
☐ Restricted account
☐ Exempt
☐ FC 2

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я понимаю, что:

- Я понимаю, что предоставление ложных или вводящих в заблуждение заявлений или искажение, сокрытие или удержание фактов для получения права на льготы является мошенничеством и что я могу быть предметом наказания в рамках государственных и федеральных законов, если я предоставлю ложную или недостоверную информацию. Мошенничество может привести к открытию уголовного дела против меня и/или мне может быть запрещено на период времени (или пожизненно) получать льготы ARC.
- Я понимаю, что номера социального страхования (SSN) или иммиграционный статус членов семьи, запрашивающих льготы, могут быть переданы соответствующим государственным органам в соответствии с федеральным законом.

Сознавая свою ответственность за лжесвидетельство по законам штата Калифорния, я заявляю, что информация, содержащаяся в этом заявлении является, правдивой, правильной и полной, насколько мне известно.

ПОДПИСЬ УТВЕРЖДЕННОГО РОДСТВЕННИКА, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕГО УСЛУГИ	ДАТА

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

☐ INELIGIBLE (Reason)

☐ ELIGIBLE

Date Eligibility Conditions Met: Authorization Date:

☐ ARC Eligible
☐ CalWORKs Eligible
☐ ARC-only Eligible

Signature of County Worker Date

Signature of Supervisor Date

NOTES: