

# ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ВОПРОСНИК

## Инструкции:

Вы должны ответить на ВСЕ вопросы .

ЗАПОЛНИТЕ ОТДЕЛЬНУЮ ФОРМУ НА КАЖДОГО РОДИТЕЛЯ, КОТОРЫЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕКУНОМ ИЛИ КАЖДОГО НЕЖЕНАТОГО ОТЦА В ДОМЕ.

Пишите ручкой. Пишите печатными буквами. Отметьте Да, Нет или Не знаю.

Если вам нужно дополнительное место, возьмите дополнительный лист бумаги.

### FOR COUNTY USE ONLY (для служебного пользования)

CWD CASE NAME	LCSA CASE NAME
CWD CASE NUMBER	LCSA CASE NUMBER
CWD WORKER NAME/NO.	LCSA WORKER NAME/NO.
TELEPHONE NUMBER ( )	TELEPHONE NUMBER ( )

## РАЗДЕЛ 1 - ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ О СЕБЕ

ИМЯ (ИМЯ, СРЕДНЕЕ, ФАМИЛИЯ)		ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ		
ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР ДОМА И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ, НОМЕР КВАРТИРЫ, ЕСЛИ ЕСТЬ)		ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
		НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( )		
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SSN)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ		РАСА
ВАШЕ РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ДЕТЯМ	ВАШЕ РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К РОДИТЕЛЮ/НЕЖЕНАТОМУ ОТЦУ В ДОМЕ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕМУСЯ ОПЕКУНОМ			
	<input type="checkbox"/> Супруг/а <input type="checkbox"/> Бывший/ая супруг/а <input type="checkbox"/> Друг <input type="checkbox"/> Другое			

## РАЗДЕЛ 2 - ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ О РОДИТЕЛЕ ИЛИ НЕЖЕНАТОМУ ОТЦУ В ДОМЕ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕМУСЯ ОПЕКУНОМ

А. ИМЯ(ИМЯ, СРЕДНЕЕ, ФАМИЛИЯ)		НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SSN)		<input type="checkbox"/> МУЖ
				<input type="checkbox"/> ЖЕН
ПОСЛЕДНИЙ ИЗВЕСТНЫЙ АДРЕС (НОМЕР ДОМА И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ, НОМЕР КВАРТИРЫ, ЕСЛИ ЕСТЬ)		ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
КОГДА ЭТОТ АДРЕС БЫЛ ПРОВЕРЕН?	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( )	КОГДА ПОСЛЕДНИЙ РАЗ ВЫ СЛЫШАЛИ ИЛИ ПОЛУЧАЛИ ПОЧТУ ОТ ЭТОГО РОДИТЕЛЯ?		Проживает ли этот родитель с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ	РОСТ	ВЕС	ЦВЕТ ГЛАЗ
				ЦВЕТ ВОЛОС
РАСА				
ШРАМЫ, РОДИНКИ, ТАТУИРОВКИ, КЛИЧКИ И Т.П.				

## В. КАКОЙ ДОХОД У РОДИТЕЛЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ОПЕКУНОМ?

Доход    Льготы по безработице    Социальное обеспечение    Нет дохода    Другое или инвалидности

ПОСЛЕДНИЙ ИЗВЕСТНЫЙ РАБОДАТЕЛЬ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( )		
АДРЕС		ТИП РАБОТЫ		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ЧЛЕН ПРОФСОЮЗА? <input type="checkbox"/> Да, название профсоюза <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	
КОГДА РОДИТЕЛЬ ТАМ РАБОТАЛ В ПОСЛЕДНИЙ РАЗ?		АДРЕС ПРОФСОЮЗА		

## С. ЕСТЬ ЛИ У ЭТОГО РОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА НА ДЕТЕЙ?

Да    Нет  
 Не знаю

НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ		НОМЕР ПОЛИСА		ДАТЫ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА	
D. РОДИТЕЛИ СЕЙЧАС ИЛИ РАНЕЕ		<input type="checkbox"/> В БРАКЕ ДАТА _____ ГДЕ _____		<input type="checkbox"/> РАЗВЕДЕНЫ ДАТА _____ ГДЕ _____	
		<input type="checkbox"/> РАЗОШЛИСЬ <input type="checkbox"/> НЕ СОСТОЯТ В БРАКЕ		<input type="checkbox"/> ПРОЖИВАЮТ ВМЕСТЕ	

<b>E. ЕСТЬ ЛИ РЕШЕНИЕ СУДА НА АЛИМЕНТЫ?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> В ожидании решения		СУММА ПО РЕШЕНИЮ СУДА \$	КАК ЧАСТО?		
ДАТА РЕШЕНИЯ СУДА		НОМЕР РЕШЕНИЯ СУДА	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ СУДА (ОКРУГ И ШТАТ)		
Как родитель платит? <input type="checkbox"/> Оплачивает домашние счета <input type="checkbox"/> Вам <input type="checkbox"/> Округу <input type="checkbox"/> Вычеты из зарплаты <input type="checkbox"/> Другое		КОГДА ПОСЛЕДНИЙ РАЗ РОДИТЕЛЬ ПЛАТИЛ?	СКОЛЬКО? \$		
<b>F. ИМЯ ДРУГА ИЛИ РОДСТВЕННИКА РОДИТЕЛЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ОПЕКУНОМ</b>		РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К РОДИТЕЛЮ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕМУСЯ ОПЕКУНОМ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( )		
АДРЕС (НОМЕР ДОМА И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ)		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
<b>G. Владеет ли этот родитель автомобилями?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно		ПРОИЗВОДИТЕЛЬ	МОДЕЛЬ	ГОД	НОМЕРНОЙ ЗНАК
<b>H. Владеет ли этот родитель домом, землей, зданиями или банковскими счетами?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно		ЧТО/ГДЕ?			
<b>I. Находится ли этот родитель на условно-досрочном освобождении?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно		В КАКОМ ОКРУГЕ ИЛИ ШТАТЕ?			
<b>J. Был ли этот родитель в тюремном заключении?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно		ЕСЛИ ДА, КОГДА/ГДЕ?			
<b>K. Служил ли этот родитель в вооруженных силах??</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно		ЕСЛИ ДА, КОГДА/РОД ВОЙСК?			
<b>L. Можете ли вы идентифицировать или помочь обнаружить местонахождение родителя, не являющегося опекуном?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					

РАЗДЕЛ 3 - ДЕТИ (В ВАШЕМ ДОМЕ) ОТ ЭТОГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОТЦА, НЕ СОСТОЯЩЕГО В БРАКЕ					ДЕКЛАРАЦИЯ ОТЦОВСТВА		
ИМЯ РЕБЕНКА	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	SSN	ДАТА РОЖДЕНИЯ - -	МЕСТО РОЖДЕНИЯ, ГОРОД, ШТАТ	<input type="checkbox"/> ДА ДАТА ПОДПИСИ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО ОКРУГ
ИМЯ РЕБЕНКА	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	SSN	ДАТА РОЖДЕНИЯ - -	МЕСТО РОЖДЕНИЯ, ГОРОД, ШТАТ	<input type="checkbox"/> ДА ДАТА ПОДПИСИ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО ОКРУГ
ИМЯ РЕБЕНКА	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	SSN	ДАТА РОЖДЕНИЯ - -	МЕСТО РОЖДЕНИЯ, ГОРОД, ШТАТ	<input type="checkbox"/> ДА ДАТА ПОДПИСИ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО ОКРУГ
ИМЯ РЕБЕНКА	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	SSN	ДАТА РОЖДЕНИЯ - -	МЕСТО РОЖДЕНИЯ, ГОРОД, ШТАТ	<input type="checkbox"/> ДА ДАТА ПОДПИСИ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО ОКРУГ

**РАЗДЕЛ 4 - УСЛУГИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПОДДЕРЖКИ (ТОЛЬКО ПРОГРАММА MEDI-CAL)**

Мне не нужны другие услуги по обеспечению поддержки.

**Я ЗАЯВЛЯЮ ПОД СТРАХОМ НАКАЗАНИЯ ЗА ЛЖЕСВИДЕТЕЛЬСТВО ПО ЗАКОНАМИ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ АМЕРИКИ И ШТАТА КАЛИФОРНИЯ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ В ДАННОМ ВОПРОСНИКЕ ИСТИННА, ПРАВИЛЬНАЯ И ПОЛНАЯ.**

ПОДПИСЬ 	ДАТА
--	------