ДОГОВОР НА ЗАМЕЩАЮЩИЕ УСЛУГИ
Программа CalWORKs

НАЗВАНИЕ ДЕЛА	НОМЕР ДЕЛА	ИМЯ РАБОТНИКА	НОМЕР РАБОТНИКА

WORKER COMPLETEs/ЗАПОЛНЯЕТ РАБОТНИК:

☐ Денежная выплата в сумме $_____ для следующей нужды: _____
_____

☐ Неденежные услуги: Покупательская цена или текущая стоимость для неденежных услуг: $_____
Опишите неденежные услуги:_____

☐ Период предоставления безденежных услуг: с _____ (ДАТА) до _____ (ДАТА).

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ:

Я выбираю получение замещающих услуг по причине того, что я не нуждаюсь или не желаю получать ежемесячное денежное пособие, но в настоящее время я нуждаюсь в некоторой денежной или неденежной помощи для того, чтобы разрешить текущую нужду или срочную необходимость. Округ и я согласились на вышеуказанном методе выплаты или оказания услуг.

Поставьте инициалы возле каждого пункта

_____ Я удостоверяю, что я прочитал положение-инструкцию. Я понимаю правила и мою ответственность за выбор замещающих услуг вместо получения ежемесячного денежного пособия.

Я также понимаю, что:

_____ Я получу письмо,извещающее об отказе в моем теперешнем завлении на денежную помощь и информирующее меня об избранном методе оплаты за оказание услуг и количестве месяцев, в которые эти услуги будут предоставлены.

- При расчете количества месяцев оказания замещающих услуг округ определит стоимость оплат/услуг и разделит ее на Максимальный размер пособия, установленного для моей семьи на то время, когда я получал замещающие услуги.
- Для определения периода предоставления замещающих услуг округ определит покупательскую цену/текущую стоимость для всех безденежных услуг.

_____ Я получу отдельное извещение об утверждении или об отказе в моем заявлении на другие виды помощи, такие как: CalFresh и помощь по программе Medi-Cal.

_____ Если я подам заявление и буду признан имеющим право на денежную помощь до окончания периода оказания замещающих услуг, я должен сообщить округу, что я избираю, или:

- Выплатить денежную стоимость полученных замещающих услуг путем понижения моего ежемесячного пособия на сумму, определенную округом, **или**
- Засчитать все месяцы получения замещающих услуг в 48-месячный лимит времени, в который я имею право на получение помощи.

_____ Если я подам завление на денежную помощь после окончания периода предоставления замещающих услуг, округ засчитает только один месяц в 48-месячный лимит времени. Никакой выплаты в этом случае не потребуется.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО РОДСТВЕННИКА	ДАТА
ПОДПИСЬ ВЗРОСЛОГО СУПРУГА, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО ПАРТНЕРА ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ (ЕСЛИ ПРОЖИВАЕТ В ДОМЕ)	ДАТА
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНЯЮЩЕГО ФОРМУ	ДАТА

Я удостоверяю, что родитель/присматривающий родственник получил копию формы CW 88 “Положение-интсрукция и Договор на замещающие услуги”. Родитель/присматривающий родственник заявляет, что он/она понимает правила и свою ответственность за выбор замещающих услуг вместо получения ежемесячного денежного пособия. Родитель/присматривающий родственник также заявляет, что понимает правила, определяющие период получения замещающих услуг.

ПОДПИСЬ РАБОТНИКА ОКРУГА	ДАТА

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

Diversion Period Calculation:
Diversion Amount $_____ ÷ AU MAP $ _____ = _____ months. *(Exclude partial months.)*