

**ИЗЛОЖЕНИЕ ФАКТОВ ДЛЯ ДОБАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 16 ЛЕТ**

(Дополнительная анкета и просьба на получение денежной помощи и/или талонов на питание)

**ИНСТРУКЦИИ:**

Заполните эту форму на нового ребенка в доме и подпишите в разделе Заявление. Если вам необходимо больше места приложите еще один лист бумаги. Воспользуйтесь одной формой на одного ребенка.

**Если вы получаете денежную помощь** и вы хотите помочь на нового ребенка, эта форма должна быть заполнена родителем или совершеннолетним родственником, присматривающим за ребенком.

**Для семей, получающих талоны на питание**, которые не получают или не хотят получать денежную помощь, эта форма должна быть заполнена совершеннолетним членом семьи или уполномоченным представителем.

1. ИМЯ РОДИТЕЛЯ ИЛИ РОДСТВЕННИКА, ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО ЗА РЕБЕНКОМ	ТЕЛЕФОН ( )
--	----------------

ПОТРЕБНОСТИ РЕБЕНКА С УЧЕТОМ-ТОГО, ЧТО РОДИТЕЛИ: (✓) НИЖЕ

УМЕРИ	ИНВАЛИД	ОТСЛЫВАЮТ	БЕЗРАБОТНЫ

**2. Предоставьте нам все факты про этого ребенка**

ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	ИМЯ, ФАМИЛИЯ МАТЕРИ
----------------------------	---------------------

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ПОЛ (✓) <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/>	ИМЯ, ФАМИЛИЯ ОТЦА
-------------------------------	--	-------------------

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД/ШТАТ/СТРАНА)	ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ, ДЕНЬ, ГОД)	СЛЕПОЙ ГЛУХОЙ, ИНВАЛИД <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------------	--

вид помощи (✓) <input type="checkbox"/> Денежная помощь <input type="checkbox"/> Талоны на	СТАТУС: ГРАЖДАНИН/НЕ ГРАЖДАНИН <input type="checkbox"/> Не гражданин	<input type="checkbox"/> Гражданин США/Коренной <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/>
---	---	---

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К АППЛИКАНТУ ИЛИ К РОДСТВЕННИКУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА РЕБЕНКОМ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	РЕБЕНОК, ВЗЯТЫЙ НА ВОСПИТАНИЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЕСЛИ РЕБЕНОК МЛАДШЕ 6 ЛЕТ, СДЕЛАНЫ ЛИ ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ПРИВИВКИ? <input type="checkbox"/> Старше 6 лет
---	---	--

3. Получил ли ребенок денежную помощь или талоны на питание в этот месяц?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
---	--

Если "ДА", заполните ниже:

вид помощи	ГДЕ (Округ, Штат)
------------	-------------------

<input type="checkbox"/> Денежная помощь <input type="checkbox"/> Талоны на
---

4. Получает или рассчитывает ребенок получить доход, как например:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
--	--

Заработок, Дополнительный доход/Дополнительная выплата штатом (SSI/SSP), Льготы Социального Страхования, Алименты, Платеж за Временное Воспитание, Льготы Ветеранов и т.п. Если "ДА", заполните ниже:

ВИД ДОХОДА	СУММА (до вычетов, если необходимы)	КОГДА	КАК ЧАСТО
------------	-------------------------------------	-------	-----------

\$

**5. Заполните ниже, если вы хотите денежную помощь на этого ребенка и возраст ребенка от 6 до 16 лет.**

Посещает ли он/она школу регулярно?

Если "НЕТ", объясните, почему не посещает регулярно:

 ДА  НЕТ Возраст не 6-

16

**В. Беременный подросток или несовершеннолетний родитель?**Если "ДА", Отметьте (✓) статус:  Беременна  НесовершеннолетнийСТАТУС ОБРАЗОВАНИЯ, ОТМЕТЬТЕ (✓):  Диплом средней школы Имеет диплом, приравненный к школьному (GED)  Не посещает школу (объясните): Посещает школу в настоящее время  Другое (объясните):**С. Получал ли ребенок денежное поощрение или наказание или помощь по присмотру, транспорту и т.п. от программы Cal-Learn? Если "ДА", заполните ниже:**

ГДЕ (ОКРУГ)	ДАТА(Ы) КОГДА ПОЛУЧЕНО
-------------	------------------------

**6. Находились ли родители этого ребенка в вооруженных силах США?**

Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ РОДИТЕЛЯ	РОДИТЕЛЬ ГРАЖДАНИН США	РОД ВОЙСК	ДАТА СЛУЖБЫ	УВОЛЕН С ЧЕСТЬЮ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
--------------	------------------------	-----------	-------------	---

CA 5  YES  NO  
Date Initiated \_\_\_\_\_FS: Honorable  YES  NO  
Discharge \_\_\_\_\_**7. Заполните ниже, если вы хотите талоны на питание на этого ребенка и он не гражданин США**

A. Сколько всего лет этот ребенок и/или его/ее родители проживали в США?

B. Пока проживали в США, в течение скольких лет этот ребенок и/или его родители зарабатывали деньги, работая в США?

C. Пока проживали за пределами США, в течение скольких лет этот ребенок и/или его родители работали в США, или на какую-нибудь компанию США?

8. Имеет ли ребенок недвижимость или ресурсы, как например: наличные, землю, банковские счета, доверительные фонды, облигации займа, доверительные фонды или платежи на душу населения коренных американцев или другие? Если "ДА", заполните ниже:				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	COUNTY USE ONLY	
ВИД РЕСУРСОВ	НОМЕР СЧЕТА/ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ АДРЕС БАНКА, Т.П.	ЦЕННОСТЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ		<input type="checkbox"/> Verification provided	
			\$		<input type="checkbox"/> CA Restricted Account	
9. Есть ли у ребенка Medicare или медицинская страховка, как например: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, и т.д., оплачиваемая родителем или его работодателем? Если "ДА", укажите страховку:				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt	
10. Укрывается ли этот подросток или убегает от закона за преступление, чтобы избежать наказания за уголовное преступление, ареста или тюремного заключения после осуждения или в нарушение условного осуждения или досрочного освобождения?				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Verification provided	
11. Был ли осужден этот ребенок за преступление, связанное с хранением, употреблением или распространением наркотиков? Если "ДА", приведите факты для денежной помощи, за осуждения 1/1/98 или позже; и для талонов на питание - преступления и осуждения после 8/22/96.				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Health Coverage Code:	
ДАТА ОСУЖДЕНИЯ	ДАТА ПРЕСТУПЛЕНИЯ					
12. А. Если вы можете получить денежную помощь, члены вашей семьи в возрасте до 21 года и имеющие на это право, могут получить некоторые медицинские осмотры по программе детского здравоохранения и предотвращения инвалидности(CHDP).				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вам нужны дополнительные факты об услугах CHDP? .....</li> <li>• Вы хотите бесплатные медицинские или зубоврачебные услуги CHDP? .....</li> <li>• Вам нужно помочь договориться о визите к врачу или дантисту? ....</li> </ul>					<input type="checkbox"/> CHDP Referral	
<b>B.</b> Вам нужны дополнительные факты о прививках? ....					<input type="checkbox"/> Date:	
<b>C.</b> Вам нужны факты о не дискриминационных консультациях по борьбе с алкоголизмом /наркотиками, прошлыми медицинскими расходами и другими потребностями? ....					<input type="checkbox"/> Referred for Immunization	
<b>D.</b> Нужно ли беременной найти врача, получить медицинский транспорт и/или другую помощь? ....					<input type="checkbox"/> Other services referral	
<b>E.</b> Кто-либо кормит ребенка грудью? .... Если "ДА", был ли рожден ребенок в течение последних трех месяцев?					<input type="checkbox"/> Pregnant	
<b>F.</b> Вам нужны факты о услугах клиники по планированию семьи, чтобы помочь вам планировать размер вашей семьи и предотвратить незапланированную беременность? ....					<input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5	
					<input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum	
					<input type="checkbox"/> WIC referral	
					<input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:	

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Я понимаю, что:

- Если я намеренно предоставлю неправильные факты или не представлю все факты или ситуации, которые могут повлиять на мое право на получение помощи, я могу быть наказан штрафом и/или тюремным заключением. Я могу быть оштрафован на сумму до \$10 000 за нарушение программы денежной помощи и \$250 000 за нарушение программы талонов на питание. Меня могут осудить на 3 года тюремного заключения за нарушение правил программы денежной помощи и 20 лет за нарушение программы талонов на питание. И льготы денежной помощи, и талонов на питание могут быть остановлены на 6 месяцев, 12 месяцев, 2 года, 4 года, 5 лет, 10 лет, 20 лет или навсегда; и для денежной помощи для беженцев: 3 месяца и 6 месяцев.
- Мое дело может быть выбрано для пересмотра для подтверждения права на помощь, и я обязан полностью сотрудничать с работниками округа, штата и Федерации в любом пересмотре дела.
- Факты, представленные мной будут проверены местными штатными и федеральными работниками.
- Округ отправит факты в Отдел Иммиграции и натурализации (INS) для подтверждения статуса иммигранта.
- Факты, полученные округом от INS могут повлиять на право получения денежной помощи и талонов на питание.
- Факты, представленные мной будут сверены в агентствах социальных услуг, трудоустройства и налогов; школьных округах и Отделе Социального Страхования, чтобы подтвердить право ребенка на денежную помощь и/или талоны на питание и для подтверждения, что я получаю правильное количество талонов на питание и денежной помощи. И номер Социального Страхования будет сверен с архивами правоохранительных агентств для сверки с ордерами на арест.

Сознавая ответственность за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, я заявляю, что информация, содержащаяся в этом Изложении Фактов, правильна, правдива и изложена полностью.

**КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬ ЭТУ ФОРМУ:** Для денежной помощи: вы и ваш супруг(а), получающий(ая) помощь или второй родитель (если проживает в доме) ребенка, получающего помощь. Для талонов на питание: совершеннолетний член семьи или уполномоченный представитель.

ПОДПИСЬ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО РОДСТВЕННИКА ИЛИ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЧЛЕНА СЕМЬИ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ СУПРУГИ(А) ПОЛУЧАЮЩЕЙ(ГО) ПОМОЩЬ ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ (ЕСЛИ ПРОЖИВАЕТ В ДОМЕ) РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ПОМОЩЬ	ДАТА
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ПОСТАВЛЕН ЗНАК ВМЕСТО ПОДПИСИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ФОРМУ	ДАТА

### COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)	IMMUNIZATION		
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:
Reg Met:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor
Date			