

ЗАЯВЛЕНИЕ О ФАКТАХ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛИЦО

(Дополнительная форма на талоны на питание и запрос на денежную помощь)

ИНСТРУКЦИИ: Заполните эту форму, что бы сообщить нам о новом лице в доме. Если вам нужно больше места для ответа на вопросы, приложите дополнительный лист бумаги. Ответьте на все вопросы в отношении льгот, запрашиваемых вами. "CA" - это денежная помощь и "FS" - талоны на питание указаны слева от каждого вопроса и обозначают, к какой программе относится вопрос.

Если вы получаете денежную помощь, и вы хотите помощь для нового лица, эта форма должна быть заполнена или совершеннолетним родственником, присматривающим за кем-либо в доме или новым лицом, если новое лицо не ребенок.

Для семейных групп, получающих льготы программы талонов на питание, которые не получают денежную помощь или не хотят денежную помощь для нового лица, эта форма может быть заполнена членом семейной группы, уполномоченным представителем или новым лицом.

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, ЗАПОЛНЯЙТЕ РУЧКОЙ

CA ① Имя, фамилия лица, заполняющего форму (имя, инициал, фамилия)
FS

CA ② Укажите новое лицо в доме, включая новорожденного.
FS

ИМЯ (Имя инициал фамилия)	гражданский статус (✓) <input type="checkbox"/> Гражданин США/Уроженец территорий <input type="checkbox"/> не гражданин: Имеет спонсора <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	БЕРЕМЕННА <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Он/Она является родителем? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
МЕСТО РОЖДЕНИЯ (Город/Штат/Страна)	ПОЛ (✓) <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	ШКОЛЬНЫЙ СТАТУС (✓) <input type="checkbox"/> Получил диплом об окончании средней школы <input type="checkbox"/> Образование, приравненное к среднему (GED) <input type="checkbox"/> Посещает школу в настоящее время <input type="checkbox"/> Не посещает школу (объясните):	
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: <input type="checkbox"/> в браке <input type="checkbox"/> в браке не состоял(а) <input type="checkbox"/> проживает отдельно от супруга(и) <input type="checkbox"/> разведен(а) <input type="checkbox"/> незарегистрированный брак <input type="checkbox"/> Вдова(ец)	СЛЕП/ГЛУХ/ИНВАЛИД <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ИМЕЛ ДРУГИЕ ФАМИЛИИ: (Девичья, принятая, другое)	
РОДСТВЕННИК ПРОСИТЕЛЯ/ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ/ГЛАВА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ? Если "Да", Объясните родственное отношение: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			

CA ③ Просил или получал ли он/она льготы в прошлом, как например: денежная помощь, талоны на питание, помощь бездомным, Medi-Cal, денежная помощь беженцам?
FS Если "ДА", объясните: ДА НЕТ

КОГДА	ГДЕ (округ, штат или страна)	ВИД ЛЬГОТ

CA ④ Является ли он(а) несовершеннолетним в возрасте до 19 лет? Если "ДА", заполните ниже: ДА НЕТ

ИМЯ МАТЕРИ (✓) Проживает в доме	ИМЯ ОТЦА (✓) Проживает в доме	По какой причине второй родитель не проживает в доме	Ребенку нужна помощь по причине: (отметьте все соответствующие квадраты)
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Отсутствие родителя <input type="checkbox"/> безработица <input type="checkbox"/> недееспособность <input type="checkbox"/> смерть

CA ⑤ Был ли он/она на воинской службе в США или супруг(а), родитель или ребенок лица, которое было на воинской службе? Если "Да", объясните: ДА НЕТ
FS

УКАЖИТЕ ИМЯ, РОД ВОЙСК И Т.Д.	УВОЛЕН В ЗАПАС С ПОЧЕСТЬЯМИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
-------------------------------	--

CA ⑥ Проживает ли он/она в Калифорнии в настоящее время и планирует ли продолжать жить здесь? Если "НЕТ", объясните: ДА НЕТ

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	7	A. Является ли он/она ребенком, находящимся в доме на временном воспитании (foster child)?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	COUNTY USE ONLY <input type="checkbox"/> CalWORKs and FC Eligible/ CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> None
FS	B.	Хотите ли вы включить ребенка, находящегося на временном воспитании (foster care) и его доход по программе foster care в дело талонов на питание?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
CA FS	8	A. Исполнилось ли ему/ей 16 лет или больше и зачислен ли он/она в школу, колледж или программу обучения? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No FS Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ/КОЛЛЕДЖА/ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ		ЕДИНИЦЫ ОБУЧЕНИЯ/ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ОКОНЧАНИЯ УЧЕБ. ЗАВЕДЕНИЯ	РАБОТАЕТ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
ЕСЛИ ЗАЧИСЛЕН, ОТМЕТЬТЕ (✓) СТАТУС <input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> Пол дня <input type="checkbox"/> Другое (объясните):					
CA FS	B.	Заполните ниже, если он/она зачислен(а) в колледж или учатся в аналогичном учебном заведении.			
ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ <input type="checkbox"/> Семестр <input type="checkbox"/> Год <input type="checkbox"/> Четверть		СТОИМОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ЗА ПЕРИОД \$	УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ И Т.П. ЗА СЕМЕСТР \$	VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
ПРОЕЗД ТУДА И ОБРАТНО: В ШКОЛУ/МЕСТО ПРИСМОТРА ЗА ДЕТЬМИ (МИЛИ)		СКОЛЬКО ДНЕЙ ПОСЕЩАЕТСЯ В НЕДЕЛЮ	КАКОЙ ВИД ТРАНСПОРТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ		
ТРАНСПОРТНЫЕ РАСХОДЫ ЗА НЕДЕЛЮ \$		СУММА ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ УЧАСТНИКАМИ CARPOOL \$	ОБЩЕСТВЕННЫЙ ТРАНСПОРТ (АВТОБУС И Т.П.) В ДЕНЬ \$		
CA FS	9	Прекращалось ли предоставление льгот программ денежной помощи или талонов на питание временно или навсегда из-за: отказа в сотрудничестве во время пересмотра дела, санкций в связи с работой или обучением или из-за обмана программ социального обеспечения или умышленного нарушения программы? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
ПРИЧИНА		КОГДА	В КАКОМ ОКРУГЕ/ШТАТЕ		
CA FS	10	Избегает или скрывается ли от закона любой член семьи, чтобы избежать наказание за уголовное преступление, арест или тюремное заключение после осуждения или за нарушение условий досрочного или условного осуждения? Если "ДА", укажите имя лица:	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
CA FS	11	Был ли осужден какой-либо член семейной группы за уголовное преступление связанное с наркотиками за хранение, использование или распространение контролируемых веществ? Предоставьте факты для программы денежной помощи: за осуждения 1/1/98 или позже; для программы талонов на питание: за преступления и осуждения 8/22/96 или позже. Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
ИМЯ ОСУЖДЕННОГО ЛИЦА		ДАТА ОСУЖДЕНИЯ	ДАТА СОВЕРШЕНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЯ		
FS	12	Покупает ли он/она продукты и готовит ли пищу отдельно от других в семье?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
FS	13	Он/она в возрасте 60 лет или старше и не в состоянии покупать и готовить пищу отдельно от других из-за инвалидности?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
FS	14	Платит ли он/она вам за пищу и/или проживание?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
ОТМЕТЬТЕ (✓)		СУММА	КАК ЧАСТО	КОЛ-ВО ПРИЕМОВ ПИЩИ В ДЕНЬ	Household Elects BOARDER HH MEMBER ROOMER
<input type="checkbox"/> еда <input type="checkbox"/> комната <input type="checkbox"/> одно и другое		\$			
FS	15	Получает ли он/она пищу от любой из нижеуказанных программ? • Общественная обеденная программа для пожилых и инвалидов • Программа распространения пищи проводимая резервацией американских индейцев • Другая программа распространения пищи Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ					

CA FS	16 Работает ли он/она сейчас или ожидают начала работы в течение двух следующих месяцев? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже. Приложите корешки чеков или другие доказательства заработка. (Примечание: если работаете не по найму, укажите расходы вашего бизнеса на отдельном листе бумаги и приложите его к этой форме).	COUNTY USE ONLY
ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ _____ РАБОТА НЕ ПО НАЙМУ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ _____ ПРОФЕССИЯ _____ ДНИ/ЧАСЫ ОТРАБОТАННЫЕ ЗА МЕСЯЦ _____		<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS Adult <input type="checkbox"/> FS Child FS S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ДАТА(Ы) ЗАРПЛАТЫ _____ ЗАРПЛАТА ДО ВЫЧЕТОВ _____ ЧАЕВЫЕ ИЛИ КОМИССИОННЫЕ _____ \$ _____ за _____ <input type="checkbox"/> ДА Сумма\$ _____ <input type="checkbox"/> НЕТ		Verification(s) on file: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
CA FS	17 А. Платит ли он/она кому-либо за присмотр за ребенком, совершеннолетним инвалидом или другим иждивенцем чтобы он/она мог(ла) работать, обучаться или искать работу? Если "ДА", заполните ниже:	Child Care Informing Given to Client: Trustline Informing (CCP 2) _____ Health & Safety Certification (CCP 5) _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dependent Care Eligible CA _____ FS _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ИМЯ ЛИЦА, ЗА КОТОРЫМ ПРИСМАТРИВАЮТ _____ ИМЯ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО _____ СУММА ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ ЗА МЕСЯЦ _____ \$ _____		
ИМЯ ЛИЦА, ЗА КОТОРЫМ ПРИСМАТРИВАЮТ _____ ИМЯ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО _____ СУММА ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ ЗА МЕСЯЦ _____ \$ _____		
CA FS	В. Получает ли он/она оплату за присмотр за детьми, выплачиваемую им? Включите стоимость оплаченную родственником или другом, Департаментом образования, студенческой помощью, одноразовым пособием, программами Cal-Learn, TCC, NET, WTW, SCC, CAAP и др. Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ИМЯ РЕБЕНКА _____ КТО ПЛАТИТ _____ СУММА, ВЫПЛАЧЕННАЯ ЗА МЕСЯЦ _____ \$ _____		
ИМЯ РЕБЕНКА _____ КТО ПЛАТИТ _____ СУММА, ВЫПЛАЧЕННАЯ ЗА МЕСЯЦ _____ \$ _____		
CA FS	18 Прекратил(а) или отказался(ась) ли он(а) работать или обучаться в течение последних 60 дней? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ/ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ _____		YES NO
Получил ли или рассчитывает получить зарплату или льготы за этот месяц? Если "ДА", заполните ниже. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Emp. Statement _____ Good Cause Determ _____ Voluntary Quit _____ <input type="checkbox"/> CA: 30 days <input type="checkbox"/> FS: 60 days
ПОСЛЕДНЯЯ ЗАРПЛАТА ПОЛУЧЕНА (ДАТА) _____ СУММА ДО ВЫЧЕТОВ _____ \$ _____		
ОЖИДАЕМЫЙ ЧЕК (ДАТА) _____ СУММА ДО ВЫЧЕТОВ _____ \$ _____		
КОЛ-ВО ЧАСОВ РАБОТЫ ОБУЧЕНИЯ _____ ПОСЛЕДНИЙ ДЕНЬ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ _____ ЧАЕВЫЕ ИЛИ КОМИССИОННЫЕ _____ Прошлый месяц _____ <input type="checkbox"/> ДА Сумма \$ _____ <input type="checkbox"/> НЕТ Этот месяц _____ ПРИЧИНА ПРЕКРАЩЕНИЯ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ _____		
CA FS	19 Находится ли он(а) на забастовке? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ/ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ _____ НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА _____		Striker Regs Apply CA _____ FS _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
_____ ДАТА НАЧАЛА ЗАБАСТОВКИ _____		
_____ СУММА ДОХОДА, ДО ВЫЧЕТОВ, НА ДАННОЙ РАБОТЕ ДО ЗАБАСТОВКИ _____ \$ _____		
FS	20 Платит ли он(а) алименты на содержание ребенка или супруги(а)? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ИМЯ РЕБЕНКА ИЛИ СУПРУГИ(А) _____ СУММА В МЕСЯЦ _____ ПО РЕШЕНИЮ СУДА _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Court Order on File <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount Ordered \$ _____
CA FS	21 Запрашивал ли или получал он(а) любые другие льготы в течение последних 12 месяцев, как например: социальное страхование, пособие по безработице/инвалидности, денежную помощь, алименты на содержание детей/супруги(а), пособия демобилизованным, бесплатное жилище, бесплатные коммунальные услуги и т.п.? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ВИД ЛЬГОТ _____ СУММА _____ ДАТА ЗАПРОСА _____ ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ) _____ ПОСЛЕДНИЙ РАЗ ПОЛУЧЕНО ДАТА _____ КАК ЧАСТО (Еженедельно) (ежемесячно и т.п.) _____ ОЖИДАЕМАЯ ДАТА НАЧАЛА И ОКОНЧАНИЯ _____ \$ _____		<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt CA _____ FS _____

CA FS	22	Владеет ли или покупает ли он(а) любую недвижимость, как например: землю и/или строение где либо, включая за пределами США? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	COUNTY USE ONLY																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">ВИД (ЗЕМЛЯ, ДОМ, КВАРТИРА И Т.Д.)</th> <th style="width:20%;">ИСПОЛЬЗОВАНИЕ (ДЛЯ, ПРОЖИВАНИЯ: АРЕНДА И Т.Д.)</th> <th style="width:20%;">АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ</th> <th style="width:10%;">ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ</th> <th style="width:10%;">СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	ВИД (ЗЕМЛЯ, ДОМ, КВАРТИРА И Т.Д.)	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ (ДЛЯ, ПРОЖИВАНИЯ: АРЕНДА И Т.Д.)	АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ				\$	\$	Home Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other Real Property Market Value \$ _____ Amount Owed \$ _____ Net Value \$ _____ Lien Applicable <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No														
ВИД (ЗЕМЛЯ, ДОМ, КВАРТИРА И Т.Д.)	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ (ДЛЯ, ПРОЖИВАНИЯ: АРЕНДА И Т.Д.)	АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ																							
			\$	\$																							
CA FS	23	А. Имеется ли у него/нее любые из следующих ресурсов? Если "ДА" отметьте (✓) каждый пункт и объясните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">РЕСУРС</th> <th style="width:10%;">ДА</th> <th style="width:10%;">НЕТ</th> <th style="width:20%;">РЕСУРС</th> <th style="width:10%;">ДА</th> <th style="width:10%;">НЕТ</th> </tr> <tr> <td>Чеки или наличные (дома или в любом месте)</td> <td> </td> <td> </td> <td>Фонды треста(товарищества)</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Чековый/Сберегательный счет или счет Кредитного Союза</td> <td> </td> <td> </td> <td>Акции, Облигации, Сертификаты, IRAs, Пенсионные фонды</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Долг. расписки, Закладные, Акт учреждения, довер. собственности, контракты на продажу</td> <td> </td> <td> </td> <td>Другое (укажите ниже)</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	РЕСУРС	ДА	НЕТ	РЕСУРС	ДА	НЕТ	Чеки или наличные (дома или в любом месте)			Фонды треста(товарищества)			Чековый/Сберегательный счет или счет Кредитного Союза			Акции, Облигации, Сертификаты, IRAs, Пенсионные фонды			Долг. расписки, Закладные, Акт учреждения, довер. собственности, контракты на продажу			Другое (укажите ниже)			
РЕСУРС	ДА	НЕТ	РЕСУРС	ДА	НЕТ																						
Чеки или наличные (дома или в любом месте)			Фонды треста(товарищества)																								
Чековый/Сберегательный счет или счет Кредитного Союза			Акции, Облигации, Сертификаты, IRAs, Пенсионные фонды																								
Долг. расписки, Закладные, Акт учреждения, довер. собственности, контракты на продажу			Другое (укажите ниже)																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">ВИД РЕСУРСА</th> <th style="width:15%;">ВЛАДЕЛЕЦ</th> <th style="width:15%;">№ СЧЕТА/ПОЛИСА</th> <th style="width:30%;">НАЗВАНИЕ И АДРЕС БАНКА И Т.Д.</th> <th style="width:10%;">СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ</th> <th style="width:15%;">(✓) if Exempt</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: center;">CA FS</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	ВИД РЕСУРСА	ВЛАДЕЛЕЦ	№ СЧЕТА/ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ И АДРЕС БАНКА И Т.Д.	СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ	(✓) if Exempt					\$	CA FS					\$								
ВИД РЕСУРСА	ВЛАДЕЛЕЦ	№ СЧЕТА/ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ И АДРЕС БАНКА И Т.Д.	СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ	(✓) if Exempt																						
				\$	CA FS																						
				\$																							
CA FS		В. Получает ли он(а) доход из любых из указанных ресурсов: процентный доход, дивиденды и т.п.? Если "ДА," укажите каждый отдельно и объясните:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:40%;">ИСТОЧНИК ДОХОДА</th> <th style="width:20%;">СУММА ДОХОДА</th> <th style="width:40%;">КАК ЧАСТО</th> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	ИСТОЧНИК ДОХОДА	СУММА ДОХОДА	КАК ЧАСТО		\$			\$																	
ИСТОЧНИК ДОХОДА	СУММА ДОХОДА	КАК ЧАСТО																									
	\$																										
	\$																										
CA FS	24	Владеет ли , арендует или использует ли он(а) транспортные средства, как например: машина, грузовик, лодка, прицеп, микроавтобус, передвижной дом, внедорожный автомобиль (ATVs), мотоцикл, водный мотоцикл, и т.п.? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	(✓) if Exempt Leased Vehicle Valuation <input type="checkbox"/> Exempt <input type="checkbox"/> Leased																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">ИМЯ ХОЗЯИНА, ЕСЛИ АРЕНДОВАНО, ОТМЕТЬТЕ (✓)</th> <th style="width:15%;">КАК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</th> <th style="width:15%;">ГОД, ПРОИЗВОДИТЕЛЬ МОДЕЛЬ</th> <th style="width:15%;">НОМЕРНОЙ ЗНАК И В КАКОМ ШТАТЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО</th> <th style="width:10%;">РЕГИСТРИРОВАНО (✓)</th> <th style="width:10%;">ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ</th> <th style="width:10%;">СУММА ДОЛГА</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Арендовано</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	ИМЯ ХОЗЯИНА, ЕСЛИ АРЕНДОВАНО, ОТМЕТЬТЕ (✓)	КАК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	ГОД, ПРОИЗВОДИТЕЛЬ МОДЕЛЬ	НОМЕРНОЙ ЗНАК И В КАКОМ ШТАТЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО	РЕГИСТРИРОВАНО (✓)	ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА	<input type="checkbox"/> Арендовано				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$											
ИМЯ ХОЗЯИНА, ЕСЛИ АРЕНДОВАНО, ОТМЕТЬТЕ (✓)	КАК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	ГОД, ПРОИЗВОДИТЕЛЬ МОДЕЛЬ	НОМЕРНОЙ ЗНАК И В КАКОМ ШТАТЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО	РЕГИСТРИРОВАНО (✓)	ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА																					
<input type="checkbox"/> Арендовано				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$																					
CA FS	25	Владеет или использует ли он(а) личную собственность которая стоит как минимум \$100 за каждый предмет или стоит сейчас как минимум \$100 каждый, например: ювелирные изделия, оборудование, инструмент, скот и т.п.? Не указывайте одежду, обручальные кольца, ковры мебель, бытовые приборы или другие предметы домашнего обихода. Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Owned Jointly <input type="checkbox"/> Owned Separately Net Market Value \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">ВЛАДЕЛЕЦ</th> <th style="width:30%;">НАИМЕНОВАНИЕ</th> <th style="width:10%;">ДАТА ПОКУПКИ</th> <th style="width:10%;">СТОИМОСТЬ ПОКУПКИ ИЛИ СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ</th> <th style="width:10%;">СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	ВЛАДЕЛЕЦ	НАИМЕНОВАНИЕ	ДАТА ПОКУПКИ	СТОИМОСТЬ ПОКУПКИ ИЛИ СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ				\$	\$				\$	\$										
ВЛАДЕЛЕЦ	НАИМЕНОВАНИЕ	ДАТА ПОКУПКИ	СТОИМОСТЬ ПОКУПКИ ИЛИ СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ																							
			\$	\$																							
			\$	\$																							
CA FS	26	Продал ли, передал или отдал он(а) любую личную собственность или недвижимость в течение последних 2 лет для прогр. денежной помощи и в течение последних 3 месяцев для прогр. талонов на питание? Если "ДА", объясните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Closed Bank Accounts: <input type="checkbox"/> Food Stamps in last 3 months																							
CA	27	Имеет ли он(а) любую из указанных страховок : жизни, похоронную, по инвалидности или закладной? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Total CSV (1) _____ (2) _____ Total Countable Property: Items 22-27 CA \$ _____ FS \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ</th> <th style="width:20%;">НОМЕР ПОЛИСА</th> <th style="width:20%;">СТРАХОВОЙ ВЗНОС ОПЛАЧЕН (ИМЯ)</th> <th style="width:15%;">ОПЛАЧЕНА СУММА</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	НОМЕР ПОЛИСА	СТРАХОВОЙ ВЗНОС ОПЛАЧЕН (ИМЯ)	ОПЛАЧЕНА СУММА				\$																	
НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	НОМЕР ПОЛИСА	СТРАХОВОЙ ВЗНОС ОПЛАЧЕН (ИМЯ)	ОПЛАЧЕНА СУММА																								
			\$																								
CA FS	28	Имеет ли он(а) медицинскую страховку или страховку госпитализации, включая страховку оплачиваемую работодателем или отсутствующим родителем, как например: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, Medicare, и т.п.? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Health Care Options Explanation Given Referral _____ NA _____ <input type="checkbox"/> DHS 6155 <input type="checkbox"/> DFA 285-C Medicare Gross Premium \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ</th> <th style="width:20%;">ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА</th> <th style="width:20%;">СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА</th> <th style="width:15%;">КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА	СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ			\$																		
НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА	СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ																								
		\$																									

<p>CA (29) Получал ли он(а) медицинское обслуживание или обслуживание в связи с беременностью в этом месяце или в течение трех предыдущих месяцев? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2" style="width:30%;">ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧИВШЕГО ПОМОЩЬ</th> <th rowspan="2" style="width:20%;">МЕСЯЦЫ МЕД. ОБСЛУЖИВАНИЯ</th> <th colspan="2" style="width:20%;">БЫЛО ЛИ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОПЛАЧЕНО?</th> <th colspan="2" style="width:20%;">ЖЕЛАЕТЕ МЕДИ-CAL ЗА ЭТИ МЕСЯЦЫ?</th> </tr> <tr> <th>ДА</th> <th>НЕТ</th> <th>ДА</th> <th>НЕТ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧИВШЕГО ПОМОЩЬ	МЕСЯЦЫ МЕД. ОБСЛУЖИВАНИЯ	БЫЛО ЛИ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОПЛАЧЕНО?		ЖЕЛАЕТЕ МЕДИ-CAL ЗА ЭТИ МЕСЯЦЫ?		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ													<p style="text-align: center;">COUNTY USE ONLY</p> <p>Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>												
ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧИВШЕГО ПОМОЩЬ			МЕСЯЦЫ МЕД. ОБСЛУЖИВАНИЯ	БЫЛО ЛИ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОПЛАЧЕНО?		ЖЕЛАЕТЕ МЕДИ-CAL ЗА ЭТИ МЕСЯЦЫ?																													
	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ																														
<p>CA (30) Имеет ли он (а) мед. страховку предоставляемую родителем, работодателем или , отсутствующим родителем, которая не была запрошена? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:40%;">НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ</th> <th style="width:30%;">СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА</th> <th style="width:30%;">КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> </table>	НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ		\$			\$		<p><input type="checkbox"/> DHS 6155</p>																									
НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ																																	
	\$																																		
	\$																																		
<p>CA (31) Имеет ли он(а) инвалидность из-за травмы или аварии, из-за которой трудно работать или выполнять повседневные потребности? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">ВИД ПРОБЛЕМЫ</th> <th style="width:30%;">ДАТА НАЧАЛА ПРОБЛЕМЫ</th> <th style="width:40%;">ОЖИДАЕМАЯ ДАТА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ВИД ПРОБЛЕМЫ	ДАТА НАЧАЛА ПРОБЛЕМЫ	ОЖИДАЕМАЯ ДАТА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ				<p>VERIFIED: Higher/Lower MAP <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>																												
ВИД ПРОБЛЕМЫ	ДАТА НАЧАЛА ПРОБЛЕМЫ	ОЖИДАЕМАЯ ДАТА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ																																	
<p>CA (32) А. Имеется ли у него(нее) медицинское состояние или обстоятельства, требующие любое из нижеуказанных? Отметьте (✓) каждое ДА или НЕТ:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2" style="width:40%;"> </th> <th colspan="2" style="width:20%;">ДА</th> <th colspan="2" style="width:20%;">НЕТ</th> <th rowspan="2" style="width:20%;"> </th> </tr> <tr> <th> </th> <th> </th> <th> </th> <th> </th> </tr> <tr> <td>Специальная диета, прописанная врачом</td> <td> </td> <td> </td> <td>Очень высокое использование коммунальных услуг</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Специальные транспортные потребности</td> <td> </td> <td> </td> <td>Специальные услуги прачечной</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Специальный телефон или другое оборудование</td> <td> </td> <td> </td> <td>Другое (объясните):</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Работа по дому (никто в семье не может это делать)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Если "ДА", объясните:</p>		ДА		НЕТ							Специальная диета, прописанная врачом			Очень высокое использование коммунальных услуг			Специальные транспортные потребности			Специальные услуги прачечной			Специальный телефон или другое оборудование			Другое (объясните):			Работа по дому (никто в семье не может это делать)						<p>CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____</p> <p>VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No FS <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>
		ДА		НЕТ																															
Специальная диета, прописанная врачом			Очень высокое использование коммунальных услуг																																
Специальные транспортные потребности			Специальные услуги прачечной																																
Специальный телефон или другое оборудование			Другое (объясните):																																
Работа по дому (никто в семье не может это делать)																																			
<p>CA (32) В. Получает ли он(а) услуги программы по уходу на дому (IHSS)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", сколько он(а) платит каждый месяц? \$ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>																																		
<p>CA (33) Доступны следующие услуги. Ответ на эти вопросы за себя или любое лицо в семье не повлияет на ваше право получения льгот. Отметьте (✓) каждое ДА или НЕТ.</p> <p>A. Регулярные мед. осмотры для защиты здоровья вашей семьи доступны по требованию по программе здравоохранения для детей и предотвращения инвалидности (CHDP) для лиц в возрасте до 21 года и имеющих на это право.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хотите ли вы больше информации об услугах программы CHDP? • Хотите ли вы медицинские услуги программы CHDP? • Хотите ли вы зубоорудные услуги программы CHDP? • Нужна ли вам помощь для назначении приема у врача или с транспортом для получения услуг CHDP? <p>B. Если о в семье есть беременная, вы можете получить помощь в поисках врача, получении здоровой пищи и другую помощь. Хотите ли вы поговорить с кем-нибудь об этой помощи?</p> <p>C. Кто-либо в семье кормит грудью?</p> <p>Если "ДА", родила ли она в течении последних 12 месяцев?</p> <p>Если вы отметили "ДА" на (33) В или С, может вы имеете право на льготы предоставляемые специальной дополнительной программой питания для женщин, новорожденных и детей (WIC).</p> <p>D. Хотите ли вы или любой член вашей семьи бесплатные или недорогие услуги по планированию семьи? Если "ДА", обратитесь в вашу медицинскую страховку или к обычному врачу. Или, для информации и местонахождении конфиденциальных клиник по планированию семьи звоните по бесплатному номеру телефона 1-800-942-1054.</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">ДА</th> <th style="width:50%;">НЕТ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ДА	НЕТ																			<p><input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Referral</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral</p> <p><input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____</p>													
ДА	НЕТ																																		

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я понимаю, что:

- Любые факты, предоставленные мной, включая факты о льготах и доходе, будут сравнены с информацией в местных агентствах, а также агентствах штата и федерации, как например: Администрация социального страхования, налоговое управление, Агентства социальных услуг и безработицы, посещаемость школы и т.д. Для денежной помощи и талонов на питание дела будут сравнены в агентствах по обеспечению правопорядка на наличие ордеров на арест .
- Все факты, предоставляемые мной, включая факты о льготах и доходе, могут быть пересмотрены и проверены работниками округа, штата и федерации и если я предоставил не правильную информацию, денежная помощь, талоны на питание и Medi-Cal получаемые мною могут остановиться или мне в них может быть отказано.
- Мое дело может быть выбрано для пересмотра, чтобы удостовериться, что мое право на льготы было правильно определено и я должен полностью сотрудничать с работниками округа, штата или федерации в любом расследовании или пересмотре, включая пересмотр качества предоставляемых услуг.
- Округ отправит факты в отдел иммиграции и натурализации (INS) для проверки иммиграционного статуса и информация, полученная от INS может повлиять на мое право на получение денежной помощи, талонов на питание и полного Medi-Cal. Но, если я прошу только Medi-Cal, И если я не (а) законный иностранец, постоянно проживающий в стране (LPR), (b) иностранец, оставшийся в стране по амнистии с действительной и не просроченной I-688 или (c) иностранец, постоянно проживающий в США по закону (PRUCOL), округ не отправит информацию в INS.
- Я обязан запросить и пользоваться любой мед. страховкой доступной мне, если я не должен платить за нее; в противном случае, в льготах программы Medi-Cal мне будет отказано или они будут остановлены.
- Я или другие члены моей семьи будут обязаны выплатить любую сумму денежной помощи, которую я не должен был получить.
- Семейная группа получающая льготы программы талонов на питание, любой совершеннолетний член семейной группы, получающей талоны на питание (даже, если он(а) выехали), спонсор члена семейной группы, не имеющий гражданство или уполномоченный представитель проживающих в соответствующем учреждении может будут обязаны выплатить сумму льгот, которые они не должны были получить.
- Любой член моей семейной группы укрывающийся или скрывающийся от закона, чтобы избежать судебное преследование за уголовное преступление, арест или заключение после осуждения или в нарушение условного осуждения или досрочное освобождение не могут получить денежную помощь или талоны на питание.
- Любой, совершивший уголовное преступление связанное с наркотиками и осужденный за него: за хранение, употребление или распространение контролируемых веществ с 22 августа, 1996 года, не могут получать талоны на питание или если были осуждены 1 января ил позже, не могут получать денежную помощь.
- Для денежной помощи и талонов на питание округ потребует, чтобы у меня и определенного члена семейной группы сняли электронное изображение отпечатков пальцев и фото. Во всех льготах может быть отказано или они могут быть остановлены, если я не буду сотрудничать.

Я также понимаю что:

Я буду дисквалифицирован и/или будут применены штрафные санкции за обман программы социального обеспечения, если я сознательно предоставлю ложную информацию или не предоставлю все факты и обстоятельства, которые могут повлиять на мое право на получение льгот программ денежной помощи, талонов на питание и Medi-Cal.

Для денежной помощи:

- Если я сознательно не буду выполнять правила программы денежной помощи я могу быть оштрафован на сумму до \$10,000 и/или получить тюремное заключение сроком на срок 3 года. Моя денежная помощь может быть остановлена:
 - За непредоставление всех фактов или предоставление ложных фактов: 6 месяцев за первое нарушение, 12 месяцев за второе, или навсегда за третье; по программе денежной помощи для беженцев: 3 месяца за первое и 6 месяцев за любое последующее нарушение.
 - За подачу одного или более анкет для получения помощи по более, чем одному делу одновременно: 2 года за первое осуждение, 4 года за второе или навсегда за третье.
 - За осуждение за получение помощи обманным путем: 2 года за получение обманным путем суммы до \$2,000; 5 лет за суммы от \$2,000 до \$4,999.99; и навсегда за получение суммы \$5,000 или более.
 - За предоставление округу ложного подтверждения места проживания для получения помощи в двух или более округах или штатах одновременно; за предоставление округу ложного подтверждения на ребенка, не имеющего права на льготы или несуществующего ребенка; получения более, чем \$10,000 денежной помощи обманным путем; получения третьего осуждения в суде или при слушании дела администрацией штата: навсегда.

Для талонов на питание:

- Если я сознательно не буду выполнять правила программы талонов на питание, талоны на питание для меня будут остановлены на 12 месяцев за первое нарушение, 24 месяца - за второе и навсегда - за третье. Так же, я могу быть оштрафован на сумму \$250,000 и/или тюремное заключение в 20 лет.
- Если я признан виновным в любом суде, т.к.:
 - Я продал или обменял талоны на питание на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, талоны на питание получаемые мной, могут прекратиться навсегда при первом нарушении.
 - Я продал или обменял талоны на питание на контролируемые вещества (наркотики), талоны на питание получаемые мной могут прекратиться на 24 месяца за первое нарушение и навсегда - за второе.
 - Я продал ил обменял талоны на питание на сумму \$500 или более, талоны на питание, получаемые мной могут прекратиться навсегда.
 - Я подал две или более анкет на получение талонов на питание одновременно и предоставил округу ложную информацию о себе или месте проживания, талоны на питание для меня могут прекратиться на 10 лет.

Сознавая ответственность по законам Соединенных Штатов и Штата Калифорния я заявляю, что информация, предоставленная в этом заявлении о фактах является правдой, правильна и предоставлена полностью.

ПОДПИСЬ(РОДИТЕЛЬ ИЛИ РОДСТВЕННИК, ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ ЗА РЕБЕНКОМ, ПРОСИТЕЛЬ ЛЬГОТ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL, СОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ ЧЛЕН СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)

ПОДПИСЬ (ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ, ПРОЖИВАЮЩИЙ В ДОМЕ, ЕСЛИ ЗАПРАШИВАЕТЕ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ)

ДАТА

ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ЗНАЧОК ВМЕСТО ПОДПИСИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ЛИЦО, ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ОТ ИМЕНИ ПРОСИТЕЛЯ/БЕНЕФИЦИАНТ

ДАТА