Декларация фактов

Эта форма создана для заполнения работником, определяющим ваше право на льготы, во время личного собеседования с лицом, подающим заявление. Однако, в определенных случаях, она может быть заполнена клиентом, как например: переосвидетельствование семейной группы на право получения льгот или при подаче документов по почте.

A. Являются ли все лица в семейной группе гражданами США? ❑ **Да** ❑ **Нет** (Если да, перейдите к E)

Подающие заявление не должны предоставлять информацию об иммиграционном статусе на членов семьи, которые не имеют права на льготы из-за иммиграционного статуса и не запрашивают льготы.

Имя лица	Имеется ли спонсор?	Сколько лет каждое лицо вашей семейной группы находится в США	В течение скольких из этих лет вы, ваш(а) супруг(а) и/или ваши родители (до того, как вам исполнилось 18 лет), зарабатывали деньги, работая в США?	Сколько лет, если да, вы, ваш(а) супруг(а) и/или ваши родители (до того, как вам исполнилось 18 лет) работали в США, или на американскую компанию, пока не проживали в США?
1.	☐ Да ☐ Нет			
2.	☐ Да ☐ Нет			
3.	☐ Да ☐ Нет			
4.	☐ Да ☐ Нет			
5.	☐ Да ☐ Нет			
6.	☐ Да ☐ Нет			
7.	☐ Да ☐ Нет			
8.	☐ Да ☐ Нет			
9.	☐ Да ☐ Нет			
10.	☐ Да ☐ Нет			

B. Находится ли какой-либо негражданин в доме на действительной службе в войсках США, является ли ветераном, супругой(ом) или ребенком, находящимся на иждивении лица, находящегося на действительной службе или ветерана? Если да, объясните: ❑ **Да** ❑ **Нет**

Имя лица:	Род войск:	Даты службы:

C. Кто-либо в доме является негражданином подвергшимся побоям? ❑ **Да** ❑ **Нет**

D. Имеет ли кто-либо как минимум 40 отработанных кварталов или 10 лет трудовой истории в США? Если да, укажите ниже их имя: ❑ **Да** ❑ **Нет**

имя лиц(а), отработавших как минимум 40 кварталов:

COUNTY USE ONLY

Case Name

Case Number

Worker Number Date

TYPE OF APPLICATION

☐ New ☐ Recert

☐ Residency verified

☐ Length of time in another's home

☐ FS ID verified

☐ Received food stamps

Where? _____

When? _____

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1._____	❑ Yes ❑ No	_____
2._____	❑ Yes ❑ No	_____
3._____	❑ Yes ❑ No	_____
4._____	❑ Yes ❑ No	_____
5._____	❑ Yes ❑ No	_____
6._____	❑ Yes ❑ No	_____
7._____	❑ Yes ❑ No	_____
8._____	❑ Yes ❑ No	_____
9._____	❑ Yes ❑ No	_____
10._____	❑ Yes ❑ No	_____

Honorable Discharge verified

☐ YES ☐ NO

USCIS Petition Filed?

☐ YES ☐ NO

☐ 40 Quarters Verified

☐ Own Quarters

☐ Spouse's Quarters

☐ Spouses' Combined Quarters

☐ Parent(s) Quarters

CFAP ☐ YES ☐ NO

Person #:_____

Декларация фактов

E. Есть ли в доме кто-либо в возрасте 60 лет или старше и не в состоянии покупать продукты и готовить пищу? Есть ли в доме кто-либо слепой, глухой, инвалид или беременная? Если да, объясните ниже: ❑ Да ❑ Нет

Имя	Объясните	Имя	Объясните

F. Проживает ли кто-либо в нижеуказанных местах или принимает ли участие в пищевых программах из указанных ниже? Если да, объясните ниже: ❑ Да ❑ Нет

- Приют для бездомных
- Приют для женщин, с которыми жестоко обращались
- Резервации коренных индейцев
- Реабилитационный центр для алкоголиков/наркоманов
- Жилье, субсидированное Федеральным правительством
- Общественные столовые для пожилых и инвалидов
- Место группового проживания для слепых и инвалидов
- Программа раздачи пищи
- Исправительное учреждение и место заключения
- Психиатрическая больница
- Психиатрическая лечебница

Имя	Название центра, приюта, программы питания и т.д.	Дата пос тупления	Ожидаемая дата выписки

G. Платите ли вы или кто-либо платит вам за еду и/или проживание? Если да, объясните ниже: ❑ Да ❑ Нет

Имя лица, которое оплачивает еду/жилье	Имя лица, которое предоставляет еду и жилье	Отметьте: ✔ ☐ Еда ☐ Жилье ☐ И то и другое	Сколько	Как часто?	Кол-во приемов пищи в день

H. Скрывается ли какой-либо член семьи от закона, чтобы избежать наказания за преступление, от содержания под стражей или тюремного заключения после осуждения или за нарушение правил условного или досрочного освобождения? Если да, объясните ниже: ❑ Да ❑ Нет

Имя	Объясните	Имя	Объясните

I. Были ли осуждены вы или любой член вашей семьи за преступление, связанное наркотиками после 22 августа, 1996? ❑ Да ❑ Нет **Если нет, переходите к вопросу K**

Если да:_____ _____
Имя, Фамилия Дата осуждения

Было ли осуждение за что-либо из нижеуказанного:

- Перевозку, ввоз в штат, продажу, снабжение, предоставление, раздачу, владение с целью продажи, покупку с целью перепродажи, производство, производство компонентов с целью производства контролируемых веществ или культивирование, выращивание или обработку марихуаны? ❑ Да ❑ Нет
- Оказание влияния, склонение, подстрекательство или угрозы для вовлечения несовершеннолетнего в любые из вышеуказанных действий? ❑ Да ❑ Нет

J. Вы или любой член вашей семейной группы:

a) Закончили признаваемую государством программу по лечению наркозависимости? ❑ Да ❑ Нет
b) Участвовали в признаваемой государством программе по лечению наркозависимости? ❑ Да ❑ Нет
c) Записались в признаваемую государством программу по лечению наркозависимости? ❑ Да ❑ Нет
d) записались в очередь в признаваемую государством программу по лечению наркозависимости? ❑ Да ❑ Нет
e) Прекратили употреблять контролируемые вещества (наркотики) и у вас есть этому подтверждение? ❑ Да ❑ Нет

Если ДА, пожалуйста, объясните:_____

COUNTY USE ONLY

Separate household required
☐ YES ☐ NO

Medical Expenses DFA 285C Completed
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Facility
☐ YES ☐ NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer
Boarder	HH Member	Roomer

Qualifying Drug Fellony?
☐ YES ☐ NO

Meets Felony Conditions of Eligibility?
☐ YES ☐ NO

Декларация фактов

K. Были ли остановлены талоны на питание любому лицу, из-за санкций, связанных с работой, обучением или из-за невыполнения требований работы для совершеннолетних без иждивенцев (ABAWD) или за умышленное нарушение программы или мошенничество с программами социального обеспечения? Если да, объясните ниже: ❑ **Да** ❑ **Нет**

Имя	Что?	Почему?	Когда?	Как долго?	Какой округ/Штат?

L. Записан ли кто-либо, в возрасте 16 лет или старше в школу, колледж или программу обучения? Если да, объясните ниже: ❑ **Да** ❑ **Нет**

Имя лица	Название школы	☐ Полный день ☐ Неполный день ☐ Другое	Кол-во юнитов за семестр/четв.	Работает? ☐ Да ☐ Нет Кол-во часов:_____
Имя лица	Название школы	☐ Полный день ☐ Неполный день ☐ Другое	Кол-во юнитов за семестр/четв.	Работает? ☐ Да ☐ Нет Кол-во часов:_____

M. Кто-либо за последние 60 дней бросил или отказался от работы/обучения? ❑ **Да** ❑ **Нет**
Кто-либо бастует? ❑ **Да** ❑ **Нет**
Если да, объясните ниже:

Имя лица	На забастовке ☐ Бросил/отказался работать ☐	Последний день работы	Дата последней оплаты
Имя/адрес работодателя/места обучения		Если бросил или отказался от работы/обучения, объясните	

N. Кто либо продал, потратил или отдал любую недвижимость или личную собственность за последние 3 месяца, как например: дом, банковский счет, деньги за разрешение юридического дела или автоаварии или любое другое? Если да, объясните ниже: ❑ **Да** ❑ **Нет**

Имя	Объяснение

O. Владеет ли или покупает кто-либо недвижимость где-либо (на территории или за пределами США)? Если да, объясните ниже: ❑ **Да** ❑ **Нет**

Вид	Адрес или местонахождение	Будет использоваться как: ☐ Дом ☐ Аренда	Владелец:	Оцененная стоимость: Сумма долга:
Вид	Адрес или местонахождение	Будет использоваться как: ☐ Дом ☐ Аренда	Владелец:	Оцененная стоимость: Сумма долга:

COUNTY USE ONLY

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
☐ YES ☐ NO

Good cause if sanction was imposed?
☐ YES ☐ NO

Minimum FS sanction completed?
☐ YES ☐ NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
☐ YES ☐ NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

Striker Regs Apply
☐ YES ☐ NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:
$_____

Voluntary Quit
☐ YES ☐ NO

Good Cause
☐ YES ☐ NO

Декларация фактов

P . Имеет ли кто-либо, включая детей, любые из перечисленных ниже ресурсов? Если да, объясните ниже: ❑ Да ❑ Нет

- ■ Наличные или чеки
- ■ Закладные на дом
- ■ Частичная отсрочка зарплаты
- ■ Персональный пенсионный счет или пенсионный план для лиц, работающих на себя
- ■ Пенсионные фонды
- ■ Инвестиционные счета
- ■ Права на разработку нефти, угля или минералов
- ■ Контракты на торговлю
- ■ Фонды треста
- ■ Текущий или сберегательный счета
- ■ Другое
- ■ Акции, облигации, сертификаты срочного вклада
- ■ Счета кредитных союзов

Вид ресурса	Владелец	Стоимость в настоящее время	Задолженность (если есть)	Название и адрес банка/организации	Номер счета

Q. Кто-либо, включая детей, получает или рассчитывает получить деньги из любого источника, перечисленного ниже? Если да, пожалуйста, объясните ниже: ❑ Да ❑ Нет

- Денежная помощь (CalWORKs, помощь беженцам, CAPI, Общая помощь/ пособие, Программа TANF для племен)
- Льготы штата (льготы по безработице/ инвалидности)
- Платежи Администрации по делам ветеранов (инвалидность, образование, помощь и субсидии по уходу и т.п.)
- Льготы социального страхования или SSI/SSP
- Пенсионный совет жел.дор. (инвалидность или пенсия)
- Другая инвалидность, пенсия, пенсия по случаю смерти кормильца
- Алименты на ребенка/ супругу(а)
- Гранты, займы и стипендии на обучение
- Выплаты американским индейцам на душу населения
- Выигрыши (бинго, лотерея, призы и т.п.)
- Пособия забастовщика
- Пособие на обучение
- Другое

Имя	Источник денег	Сколько?	Как часто?

R Работает ли кто-либо в доме, включая детей, или рассчитывает получить работу в течение двух последующих месяцев? Если да, объясните ниже: ❑ Да ❑ Нет

Имя	Работодатель/адрес	Кол-во часов отработано в месяц	Доход в месяц до вычетов

S. Оплачивает ли кто-либо присмотр за ребенком или совершеннолетним инвалидом, чтобы была возможность, пойти на работу, обучение или на поиски работы? Если да, объясните ниже: ❑ Да ❑ Нет

Имя лица, за которым присматривают	Имя лица, которое оплачивает	Сколько?	Как часто?
		$	
		$	

COUNTY USE ONLY

Total Value =_____

SSI pending ☐ YES ☐ NO

Interim Assistance ☐ YES ☐ NO

GA ☐ YES ☐ NO

CAPI ☐ YES ☐ NO

Person #: _____

☐ Self -employed?

☐ Actual ☐ 40%

Is the caretaker a household member?

☐ YES ☐ NO

Декларация фактов

T. Оплачивает ли кто-либо полностью или частично присмотр за вашим ребенком?
Если да, объясните ниже:

❑ **Да** ❑ **Нет**

Имя лица, которое оплачивает	Сколько они платят?
	$ _____ за _____

U. Выплачивает ли кто-либо в доме алименты на ребенка?
Если да, объясните ниже:

❑ **Да** ❑ **Нет**

Имя лица, которое выплачивает	Имя ребенка(детей) получающего алименты	Сумма в месяц	По решению суда?
		$	☐ ДА ☐ НЕТ
		$	☐ ДА ☐ НЕТ

V. Имеете ли вы или любое лицо, проживающий в доме, расходы по проживанию?

❑ **Да** ❑ **Нет**

	Имя	Общая стоимость	Сумма выплачи - ваемая вами	Сумма, выпла- чиваемая сем. или членами сем. группы	Как часто выставляются счета
Аренда или оплата за дом		$	$	$	
Налог на недвижимость Страховка (если отдельно)		$	$	$	
Газ, элек-во, или др. топливо использ. для обогрева или охлаждения		$	$	$	
Вода, канализация, мусор		$	$	$	
Телефон		$	$	$	
Другие расходы		$	$	$	

W Вы можете уполномочить кого-либо в вашей семейной группе или вне ее получать ваши талоны на питание. **Если вы желаете уполномочить кого-либо, заполните ниже:**

Имя уполномоченного представителя	Адрес представителя	№ телефона

X. Интересует ли вас информация или направление на программы медицинского обслуживания (Medi-Cal или Healthy Families)?

❑ **Да** ❑ **Нет**

COUNTY USE ONLY

Court order on file?
☐ YES ☐ NO
Amount ordered: $_____

Total housing verified?
☐ YES ☐ NO
Total housing
$_____
Shared housing
☐ YES ☐ NO
Utilities verified?
☐ YES ☐ NO
Heating or Cooling verified?
☐ YES ☐ NO
Utility Allowance?
☐ SUA
☐ LUA
☐ TUA

Декларация фактов

СВИДЕТЕЛЬСТВО

- Я понял(а) вопросы в этой форме.
- Я понимаю, что все факты, предоставленные мной, включая факты в отношении льгот и дохода, будут сверены с информацией в местных, штатных и государственных базах данных, как например: работодатели, Администрация социального страхования, налоговое управление, агентство социального обеспечения, агентство по предоставлению работы и т.д.
- Я понимаю, что округ отправит запрос в Службу гражданства и натурализации США (USCIS) для проверки статуса негражданина и в Администрацию социального страхования для проверки информации об отработанных кварталах, если я не являюсь гражданином (гражданкой) и прошу талоны на питание.
- Я понимаю, что информация, полученная от USCIS и/или Администрации социального страхования может повлиять на мое право на получение талонов на питание.
- Я понимаю, что информация, включая факты о льготах и доходах, предоставленная мной в этой форме, может быть проверена и рассмотрена персоналом округа, штата или федерального правительства; если я предоставил ложную информацию, то выдача талонов на питание для меня может быть остановлена или мне в них может быть отказано.
- Я понимаю мои права и обязанности (DFA 285 A3) и согласен исполнять мои обязанности.
- Я понимаю какие возможны наказания, включая определенные дисквалификационные наказания программы талонов на питание, объясненные в форме DFA 285 A3, за предоставление не полной информации, не предоставление фактов или не сообщение фактов, которые могут повлиять на мое право на получение льгот или талонов на питание.
- Я понимаю, что семейная группа, получающая талоны на питание, любой совершеннолетний член семейной группы (даже, если он(а) выехал(а) из дома), спонсор члена этой семейной группы, не являющегося гражданином (гражданкой) или уполномоченный представитель лиц, проживающих в учреждении, имеющим право на льготы, может быть обязан(а) возместить сумму полученных талонов на питание, которые они не должны были получать.
- Я понимаю, что мое дело может быть выбрано для дополнительного пересмотра, чтобы удостовериться, что мое право на льготы было определено правильно и что я должен полностью сотрудничать с персоналом округа, штата, или федерального правительства в любом расследовании или пересмотре дела, включая пересмотр дела для определения качества предоставляемых услуг.
- Я понимаю, что любой член моей семьи, укрывающийся от закона, чтобы избежать наказания за преступление, от содержания под стражей или тюремного заключения после осуждения или за нарушение правил условного или досрочного освобождения, не может получать талоны на питание.
- Я понимаю, что любое лицо, совершившее преступление, связанное с наркотиками и осужденное за производство, продажу или распространение контролируемых веществ или любое действие связанное с этими противозаконными действиями или выращивание, культивирование или обработку марихуаны или вовлечение несовершеннолетних в указанные выше действия после 22 августа 1996 года не может получать талоны на питание.

Я понимаю, что если округ заполнил эту форму основываясь на моих ответах, я проверил форму и согласен, что информация была записана правильно. Сознавая ответственность за дачу ложных показаний по законам Соединенных Штатов Америки и штата Калифорния, я заявляю, что информация, содержащаяся в этой декларации фактов правдива, правильна и предоставлена полностью.

Подпись (Совершеннолетний член семейной группы или уполномоченный представитель)	Дата
Подпись свидетеля или переводчика	Дата
Signature of Eligibility Worker (подпись работника)	Дата