

КАК ЗАПОЛНЯТЬ ФОРМУ КВАРТАЛЬНОГО ОТЧЕТА QR 7 О ПРАВАХ/СТАТУСЕ**Для получения денежной помощи и талонов на питание**

- Сохраните это уведомление - оно поможет вам заполнить форму QR 7 (Квартальный отчет о правах/статусе); если вам нужна помощь с заполнением отчета, сообщите об этом вашему работнику.
- Если вы не пришлете заполненный отчет, включающий, в частности, ответы на все вопросы, содержащиеся в форме QR 7, приложив к нему подтверждающую документацию, в указанный нами срок, выплата ваших пособий может быть отсрочена или прекращена, а их сумма может быть изменена. **При необходимости приложите отдельный лист бумаги.**
- В течение 10 дней вы должны сообщить об изменениях, которые могут повлиять на ваше право получения льгот денежной помощи или талонов на питание.
- Факты, которые вы сообщаете, могут привести к увеличению, уменьшению или прекращению выплаты ваших льгот.

**ИНСТРУКЦИИ****КАК ЧАСТО ВЫ ДОЛЖНЫ ЗАПОЛНЯТЬ ФОРМУ QR 7**

Для получения денежной помощи и талонов на питание вы должны сдавать полный отчет QR 7 один раз в квартал (каждые три месяца). Округ уведомит вас, когда вы должны сдать заполненный отчет QR 7.

СООБЩЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ЛИЦАХ, ПРОЖИВАЮЩИХ ВМЕСТЕ С ВАМИ

Если ваша семья получает денежную помощь (но не талоны на питание), вы должны сообщить информацию о следующих лицах:

- Все дети: родные, приемные, пасынки и падчерицы.
- Все родители: родные, приемные, отчим и мачеха.
- Другие родственники ребенка, получающие пособие.
- Вы и ваш/а супруг/а или зарегистрированный сожитель.
- Любое лицо, временно отсутствующее из дома.

Если ваша семья получает денежную помощь и талоны на питание, вы должны сообщить информацию о следующих лицах:

- Всех совершеннолетних родственников.
- Других лиц, которые покупают и готовят пищу вместе с вами.

Если ваша семья получает только талоны на питание, вы должны сообщить информацию о следующих лицах:

- Всех детей.
- Всех совершеннолетних родственников.
- Других лиц, которые покупают и готовят пищу вместе с вами.

ПРОСЬБА О ПРЕКРАЩЕНИИ ВЫДАЧИ ЛЬГОТ

- Если вы попросите, чтобы вам прекратили выплаты льгот программы денежной помощи, получаемые вами льготы программы Medi-Cal могут быть остановлены или изменены. Возможно, у вас не будет права на получение льгот программы Medi-Cal или вам придется оплачивать часть стоимости услуг.
- Заполните раздел формы QR 7 с просьбой о снятии с пособия только в том случае, если вы хотите, чтобы какие-либо из ваших пособий были прекращены. Отметьте, какие льготы вы хотите остановить, поставьте свою подпись и дату в форме QR 7. Если вы хотите остановить только определенные льготы но хотите оставить другие, вы должны заполнить форму QR 7 до конца.
- Вы также можете попросить об остановке ваших льгот, позвонив своему работнику.

ФАКТЫ, КОТОРЫЕ ВЫ ДОЛЖНЫ СООБЩАТЬ ПО КАЖДОМУ ВОПРОСУ

Часть 1: Вопросы с 1 (за исключением вопроса 1b) по 4 касаются событий, происшедших в отчетном месяце.

Вопрос номер:

- ① Любые доходы, пособия на профессиональное обучение или другие денежные средства, полученные любым членом семьи. Сюда относятся зарплата, отпускные, премии, оплата вспомогательных услуг по дому (IHSS), алименты на ребенка или супруга/у; пенсия по социальному страхованию; дополнительное федеральное пособие/пособие штата по социальному страхованию (SSI/SSP); страховые выплаты по безработице или инвалидности; оплата нетрудоспособности после производственной травмы; любые другие выплаты по инвалидности или нетрудоспособности; выигрыши в лотерею; страховые выплаты и выплаты по судебному урегулированию; доход от сдачи жилья в аренду или пособия на оплату жилья; бесплатное жилье/коммунальные услуги/ одежда/еда; или любые другие доходы. Укажите имена и фамилии лиц, которые получили эти деньги, источник поступления денег, даты фактического получения денег и общую сумму, которую они получили (т.е. сумму, до любых налоговых или иных вычетов). Приложите подтверждающие документы, как например: корешки чеков, копии чеков или справку с работы, письма о присуждении денег от учреждений и т.п. Если у вас имеется собственный бизнес, и вы хотите получить возмещение фактических расходов, перечислите все расходы связанные с бизнесом на отдельном листе бумаги. Приложите подтверждающие документы, такие как квитанции, оплаченные счета и т.п. Если вы хотите рассчитать расходы на бизнес, используя стандартные 40-процентные вычеты из вашего подтвержденного дохода, перечислять расходы на бизнес необязательно.

- ①a Укажите имена и фамилии всех, кто работал или обучался, где конкретно и общее количество часов за месяц .

- ①b Любой доход или деньги, изменения в которых вы ожидаете в течение трех месяцев, следующих за месяцем представления отчета. Укажите имя, фамилию лица, доход или деньги которого изменится, источник, причину изменения и общую сумму (до вычета налогов), которую они получили за каждый месяц. Приложите подтверждения.
- ② Если кто-либо, кто получал талоны на питание и нетрудоспособен или в возрасте 60 лет или старше оплачивал медицинские расходы, то укажите имя, фамилию лица, которое оплачивало расходы, кто получал медицинскую помощь, и сумму заплаченную ими. Приложите подтверждение оплаты.
- ③ Если кто-либо, кто получал талоны на питание, оплачивал присмотр за ребенком, инвалидом или другим иждивенцем пока работал, искал работу или пока они были в школе или на обучении в течение отчетного месяца, укажите имя, фамилию лица, которое оплачивало это, за кем присматривали и сумму оплаты. Приложите подтверждение оплаты.
- ④ Если кто-либо, кто получал талоны на питание, по решению суда оплачивал алименты на ребенка, укажите имя, фамилию лица, которое оплачивало и сумму оплаты. Приложите подтверждение оплаты.
- ⑤ Если расходы в вопросах 2, 3 и 4 изменяются в течение трех месяцев следующих за месяцем представления отчета, укажите медицинские расходы для лица в возрасте 60 лет или старше; присмотра за ребенком/иждивенцем; и алименты на ребенка. Укажите имя, фамилию лица, которое оплачивает, сумму которую они платят, за кем присматривали или укажите ребенка, на которого получены алименты, что изменилось и когда это изменится. Приложите подтверждение оплаты.

Часть 2: Вопросы с 6 по 9 касаются событий, происшедших со времени подачи вашего последнего квартального отчета.

- ⑥ Любой член семьи, который получил, купил, продал, обменял или отдал любое из нижеперечисленного имущества: землю, дом, автомобили, банковские счета, денежные выплаты (выигрыши в лотерею или казино, выплата социального обеспечения за прошедшее время, возврат переплаченной суммы налога), и т.п. укажите, кто владеет или владел имуществом, вид имущества, когда изменилось, стоимость имущества и что произошло. Приложите подтверждение.
- ⑦ Любой член семьи, который въехал в ваш дом или выехал из него а также, если вы переехали жить к другому лицу. Сюда относятся: новорожденные; лица, уехавшие из дома временно; любые умершие лица, члены семьи, помещенные в больницу или другое учреждение (включая исправительные учреждения), и т.д. Укажите имя лица, которое въехало в ваш дом или к которому вы переехали и родственное отношение к этому лицу, что конкретно произошло и дату этого события.
- ⑧ Любой член семьи, который был осужден за преступления, связанные с наркотиками, такие как хранение, употребление или распространение контролируемых веществ а также, любой член семьи, уклоняющийся или скрывающийся от правосудия, чтобы избежать судебного преследования за совершенное преступление, содержания под стражей или тюремного заключения после осуждения, а также нарушающий правила условно-досрочного освобождения. Укажите имя этого лица, место осуждения и дату осуждения. Если вы уже сообщали округу эту информацию ранее, в предыдущем ежеквартальном отчете, то вам не нужно сообщать эту информацию каждый квартал.
- ⑨ Другие факты, которые могут повлиять на ваше право на получение льгот или на сумму льгот: брак, развод, раздельное жительство супругов, зарегистрированное в Калифорнии сожительство однополых партнеров (DP), DP зарегистрированное в другом штате, расторжение DP, беременность, рождение ребенка, более не беременна; потеря трудоспособности или выздоровление после нетрудоспособности/тяжелого заболевания; начало или прекращение работы, отказ от работы или обучения, изменение часов работы или обучения, начало забастовки; изменение гражданского или иммиграционного статуса или получение вами новых документов из USCIS; начало, остановление или изменение плана зубной или медицинской страховки, MEDICARE или полиса страхования жизни; любые изменения в присмотре или опеки ваших детей; начало или прекращение получения услуг по помощи на дому; начало или прекращение регулярного посещения школы школьниками в возрасте от 6 до 18 лет; студенты в возрасте 16 лет или старше начали или прекратили посещать школу/колледж.

ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ СМОТРИТЕ НА ВТОРОЙ СТРАНИЦЕ

ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА

Сообщайте нам о любых изменениях вашего адреса или номера телефона. Если вы получаете талоны на питание, вас могут попросить предоставить подтверждающие документы о новых расходах на жилье, таких как плата за квартиру и коммунальные услуги. Если в результате переезда стоимость вашего жилья увеличилась, обязательно укажите новые суммы.

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСЫВАТЬ QR 7

- **Для денежного пособия:** Вы и ваш/а супруг/а, зарегистрированный сожитель, и второй родитель ребенка/детей, если они проживают в вашем доме.
- **Для талонов на питание:** Глава семьи, совершеннолетний член семьи или уполномоченный представитель семьи.
- **А ТАКЖЕ:** любое другое лицо, заполнявшее форму, переводчик или свидетель, если вы поставили значек вместо подписи.

ЧТО ИМЕЕТСЯ В ВИДУ ПОД СЛЕДУЮЩИМИ ФОРМУЛИРОВКАМИ

УКЛОНЕНИЕ ОТ ПРАВОСУДИЯ, ЧТОБЫ ИЗБЕЖАТЬ СУДЕБНОГО ПРЕСЛЕДОВАНИЯ, СОДЕРЖАНИЯ ПОД СТРАЖЕЙ ИЛИ ТЮРЕМНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ: Лицо считается скрывающимся или уклоняющимся от правосудия, если на имя этого лица был выдан ордер на арест и этому лицу известно или должно быть известно о том, что данное лицо разыскивается органами правоохранительных органов.

ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ: CalWORKs (программа штата Калифорния по предоставлению возможностей найма на работу и ответственности за детей) а также денежная помощь для беженцев.

КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ВЕЩЕСТВА: Любые медикаменты, доступ к которым ограничен законом федерального правительства или штата, в том числе, в частности, наркотики, стимулирующие вещества, депрессанты, галлюциногены и марихуана.

ПОЛНЫЙ ОТЧЕТ QR 7: Отчет QR 7 считается "заполненным", только когда:

- Даны ответы ДА/НЕТ на все вопросы, и
- Вся информация заполнена, и
- Приложены все запрошенные в форме подтверждающие документы, и
- В форме проставлены все обязательные подписи, и
- Подпись и дата поставлены в форме после последнего числа отчетного месяца.

ПЛАТА АЛИМЕНТОВ НА РЕБЕНКА ПО РЕШЕНИЮ СУДА: Плата, которую вы должны вносить в соответствии с юридическим документом или решением суда определенному лицу на содержание ребенка, не проживающего вместе с вами. Сюда относятся платежи отчимов и мачех.

ОБЩАЯ СУММА: Сумма зарплаты до вычетов налогов, выплат в фонд социального страхования и т.д.

НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ УСЛОВНО-ДОСРОЧНОГО ОСВОБОЖДЕНИЯ: Условно-досрочное освобождение отменено или выдан ордер на арест. Условно-досрочное освобождение назначается за преступление, характеризующееся как фелония или мисдиминор.

ОТЧЕТНЫЙ МЕСЯЦ: Месяц, указанный в Части 1 отчета QR 7.

МЕСЯЦ ПОДАЧИ ОТЧЕТА: Месяц, указанный в заголовке, наверху отчета QR 7.

РАЗДЕЛ УДОСТОВЕРЕНИЯ

- Вы должны подписать QR 7 "сознавая ответственность за дачу ложных показаний". Это значит, что вы подтверждаете под присягой, что вся информация, которую вы нам сообщили, является подлинной, верной и полной.
- Дача ложных показаний и мошенничество - это преступления, которые караются по закону.

НАКАЗАНИЯ ЗА МОШЕННИЧЕСТВО В ЦЕЛЯХ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ И ПОСОБИЙ ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ: Если вы сознательно нарушаете правила программы денежной помощи, размер вашей денежной помощи может быть уменьшен на определенный период времени и с вас может быть взыскан штраф в размере до \$10,000 и/или вас могут приговорить к тюремному заключению сроком до 3 лет.

Вас могут лишить денежной помощи:

- За сообщение неполной или ложной информации: на 6 месяцев при первом нарушении, на 12 месяцев при втором нарушении и навсегда при третьем нарушении.
- За подачу одного или нескольких заявлений на получение помощи несколько раз за один и тот же период времени: на 2 года за первое осуждение, на 4 за второе осуждение и навсегда за третье осуждение.
- За осуждение за мошенничество с целью получения помощи: на 2 года за кражу суммы до \$2,000; на 5 лет за кражу суммы от \$2,000 до \$4,999.00; и навсегда за кражу суммы \$5,000 или более.
- Навсегда: за предоставление округу подложных документов в качестве подтверждения местожительства в целях одновременного получения помощи в двух или нескольких округах или штатах; за предоставление округу ложной информации о ребенке, не имеющим право на получение пособия или о несуществующем ребенке; за получение мошенническим путем денежной помощи в сумме свыше \$10,000; за получение третьего осуждения судебным или административным органом по обвинению в мошенничестве.

НАКАЗАНИЯ ЗА МОШЕННИЧЕСТВО В ЦЕЛЯХ ПОЛУЧЕНИЯ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ: Если вы сознательно не выполняете правила программы талонов на питание, предоставление вам талонов на питание может быть приостановлено на 12 месяцев за первое нарушение, на 24 месяца за второе нарушение и навсегда за третье нарушение. С вас может быть взыскан штраф в размере до \$250,000 и/или вас могут приговорить к тюремному заключению сроком до 20 лет.

- **Если на судебном или административном слушании вас признают виновным в том, что вы:**
- обменивали или продавали талоны на питание за огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, вас могут навсегда лишить талонов на питание при первом нарушении.
- обменивали или продавали талоны на питание за контролируемые вещества, предоставление вам талонов на питание может быть приостановлено на 24 месяца при первом нарушении и навсегда при втором нарушении.
- обменивали или продали талоны на питание на сумму \$500 или более, вас могут лишить талонов на питание навсегда.
- предоставили округу ложные личные сведения или ложную информацию о месте жительства в целях одновременного получения талонов на питание несколько раз, предоставление вам талонов на питание может быть приостановлено на 10 лет.

ПОМНИТЕ:

- Если ваш отчет сдан поздно, является неполным или не сдан, ваши пособия могут быть задержаны, изменены или остановлены.
- Если вы подали неполный отчет, вас попросят заполнить его еще раз.
- Если вы подписали свой отчет и поставили дату до последнего числа отчетного месяца, вас попросят подписать его еще раз и поставить новую дату.
- Если вы не уверены, как составить отчет, какую информацию следует в него включить и какие подтверждающие документы следует к нему приложить, обратитесь к своему социальному работнику.
- Если выплата вашей денежной помощи будет прекращена, вы можете иметь право на получение талонов на питание, даже если вы теперь работаете.
- Если выплата вашей денежной помощи будет прекращена, вы можете иметь право на получение бесплатного или недорогого медицинского страхования по программе Medi-Cal.