ДЕКЛАРАЦИЯ ФАКТОВ ДЛЯ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ, ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ И MEDI-CAL*/34 ОКРУГА CMSP**

- Заполните ответы на все вопросы в отношении помощи, которую вы просите. Ответы разборчиво пишите ручкой. Сокращения: "CA" (Cash Aid - денежная помощь), "FS" (Food Stamps - талоны на питание) и "MC" (Medi-Cal*/34-Округа CMSP** - расположены слева от вопросов и указывают, к какой программе относится тот или иной вопрос.
- Предоставьте любое доказательство (счета, квитанции, документы) для подтверждения ваших ответов. Обратитесь к работнику, ведущему ваше дело, если вам нужна помощь в получении доказательств или заполнения этой анкеты. Если вам нужно дополнительное место, добавьте еще один лист.
- Если вы просите талоны на питание, и вы несовершеннолетний член семьи, приложите письменное разрешение, подписанное главой семьи или другим совершеннолетним членом семьи.

COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER DATE RCD

☐ New ☐ Restoration
☐ Redetermine ☐ Recertification

☐ Residency Verified
☐ FS ID
☐ FS Aged/Disabled Verified
☐ MC ID
☐ MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

CA FS MC (1) **A. Проситель или родственник, ухаживающий за ребенком/детьми, для которого/ых просится помощь.**

ИМЯ: | ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН № ( )

ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР, УЛИЦА) | ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДОМАШНЕГО) | ДНЕВНОЙ ТЕЛЕФОН ( )

ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

FS **B. Бездомный?** ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА": Находитесь ли вы временно в чьем-либо доме? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА": укажите с какого числа:

CA **C. Получили ли вы извещение с требованием оплатить аренду или выселиться?** ☐ ДА ☐ НЕТ

(2) **Предоставьте нам все факты для каждого <u>ВЗРОСЛОГО, проживающего</u> в доме.**

CA FS MC **(A)** ИМЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ИМЯ, СРЕД. ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА (✓) ☐ Гражданин/житель США ☐ Не гражданин: Есть спонсор ☐ ДА ☐ НЕТ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code:

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ ИЛИ РОДСТВЕННИК, ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ ЗА РЕБЕНКОМ/ДЕТЬМИ | ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ, ДЕНЬ, ГОД) | НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Work Registration/Exemption Codes: WELFARE to WORK | FS | ABAWD

ПОЛ (✓) ☐ М ☐ Ж | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД ☐ ДА ☐ НЕТ | БЕРЕМЕННА ☐ ДА ☐ НЕТ

МЕСТО РОЖДЕНИЯ ГОРОД ШТАТ СТРАНА

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

Alien Reg. # D.O.E.

ВИД ЗАПРАШИВАЕМОЙ ПОМОЩИ (✓) ☐ **Денежная помощь** ☐ **Талоны на питание** ☐ **Не прошу** ☐ Medi-Cal ☐ 34-Округа CMSP

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (✓) ☐ Женат/Замужем ☐ Живете отдельно ☐ Разведены ☐ Живете вместе ☐ Вдовец/вдова ☐ Не были женаты/замужем

CA FS MC **(B)** ИМЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ИМЯ, СРЕД. ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА (✓) ☐ Гражданин/житель США ☐ Не гражданин: Есть спонсор ☐ ДА ☐ НЕТ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code:

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ ИЛИ РОДСТВЕННИК, ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ ЗА РЕБЕНКОМ/ДЕТЬМИ | ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ, ДЕНЬ, ГОД) | НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Work Registration/Exemption Codes: WELFARE to WORK | FS | ABAWD

ПОЛ (✓) ☐ М ☐ Ж | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД ☐ ДА ☐ НЕТ | БЕРЕМЕННА ☐ ДА ☐ НЕТ

МЕСТО РОЖДЕНИЯ ГОРОД ШТАТ СТРАНА

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

Alien Reg. # D.O.E.

ВИД ЗАПРАШИВАЕМОЙ ПОМОЩИ (✓) ☐ **Денежная помощь** ☐ **Талоны на питание** ☐ **Не прошу** ☐ Medi-Cal ☐ 34-Округа CMSP

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (✓) ☐ Женат/Замужем ☐ Живете отдельно ☐ Разведены ☐ Живете вместе ☐ Вдовец/вдова ☐ Не были женаты/замужем

CA FS MC **(C)** ИМЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ИМЯ, СРЕД. ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА (✓) ☐ Гражданин/житель США ☐ Не гражданин: Есть спонсор ☐ ДА ☐ НЕТ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code:

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ ИЛИ РОДСТВЕННИК, ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ ЗА РЕБЕНКОМ/ДЕТЬМИ | ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ, ДЕНЬ, ГОД) | НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Work Registration/Exemption Codes: WELFARE to WORK | FS | ABAWD

ПОЛ (✓) ☐ М ☐ Ж | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД ☐ ДА ☐ НЕТ | БЕРЕМЕННА ☐ ДА ☐ НЕТ

МЕСТО РОЖДЕНИЯ ГОРОД ШТАТ СТРАНА

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

Alien Reg. # D.O.E.

ВИД ЗАПРАШИВАЕМОЙ ПОМОЩИ (✓) ☐ **Денежная помощь** ☐ **Талоны на питание** ☐ **Не прошу** ☐ Medi-Cal ☐ 34-Округа CMSP

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (✓) ☐ Женат/Замужем ☐ Живете отдельно ☐ Разведены ☐ Живете вместе ☐ Вдовец/вдова ☐ Не были женаты/замужем

COUNTY USE ONLY

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)

1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)
3. Roomer (must be listed in (13)) (.211)
4. Live-in attendant (.212)
5. Other shared living quarters (.213)
6. Ineligible alien (.221)
7. Boarder (must be listed in (13)) (.3)
8. SSN disqualified (.222)
9. IPV disqualified (.223)
10. Workfare sanctioned (.225)
11. SSI/SSP recipient (.226)
12. Ineligible student (.227)
13. Work req. disqualified (.228)
14. Questionable Citizenship (300.51(b))
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)
18. Drug felon (.229)

FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)

a. Under 16/60 or older
a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time
b. Mentally/physically unfit for work
c. Mandatory participant in Welfare to Work activities
d. Cares for child under 6 or incapacitated person
e. Applicant for/recipient of UIB
f. Participant in drug/alcohol program
g. 30 hour week/min. x 30
h. 1/2 time student in school, training or higher education.

FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)

1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21
2. Under 18/50 or older (.321)
3. Pregnant (.322)
4. Adult living in HH with dep. child (.323)
5. Lives in ABAWD exempt area (.33)

WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)

Age under 16 (.41)
School Attendance (.42)
Age 60 or older (.43)
Disability (.44)
NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
Care of another ill or incap member of the household (.46)
Care of child:
- Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)

Pregnancy (.48)
VISTA-full or part time volunteer (.49)

* - ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ШТАТА КАЛИФОРНИЯ
** - КОНТРОЛИРУЕМАЯ ШТАТОМ ОКРУЖНАЯ ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3 **Предоставьте нам всю информацию на каждого РЕБЕНКА, проживающего в доме, отсутствующего короткое время, или ребенка, которого вы указываете в налогах как иждивенца. Если вы беременны, укажите ребенка, как “не рожден” и укажите предполагаемую дату рождения.**

COUNTY USE ONLY

CA FS MC (A) ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, СРЕД. ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА (✔) ☐ ГРАЖДАНИН/ЖИТЕЛЬ ТЕР. США ☐ ЗАКОННЫЕ НЕ ГРАЖДАНЕ: ЕСТЬ СПОНСОР? ☐ ДА ☐ НЕТ

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ | ПОЛ (✔) ☐ М ☐ Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ (М. Д. Г) | ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД/ШТАТ/СТРАНА) | БЕРЕМЕННА ☐ ДА ☐ НЕТ | ВСЕ ПРИВИВКИ СДЕЛАНЫ? ☐ ДА ☐ НЕТ | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЭТОТ РЕБЕНОК ЗАПИСАН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ШКОЛУ? (✔) ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ДА, НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ:

ВИД ЗАПРАШИВАЕМОЙ ПОМОЩИ ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ Не прошу | ИМЯ МАТЕРИ

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ ИЛИ К РОДСТВЕННИКУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА РЕБЕНКОМ | РЕБЕНОК СЕЙЧАС ПРОЖИВАЕТ В ВАШЕМ ДОМЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ | ИМЯ ОТЦА

CHILD NEEDS AID BECAUSE OF PARENT'S (CHECK (✔) BELOW): DEATH | DISABILITY | ABSENCE | UNEMPLOYMENT

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code:

☐YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (B) ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, СРЕД. ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА (✔) ☐ ГРАЖДАНИН/ЖИТЕЛЬ ТЕР. США ☐ ЗАКОННЫЕ НЕ ГРАЖДАНЕ: ЕСТЬ СПОНСОР? ☐ ДА ☐ НЕТ

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ | ПОЛ (✔) ☐ М ☐ Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ (М. Д. Г) | ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД/ШТАТ/СТРАНА) | БЕРЕМЕННА ☐ ДА ☐ НЕТ | ВСЕ ПРИВИВКИ СДЕЛАНЫ? ☐ ДА ☐ НЕТ | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЭТОТ РЕБЕНОК ЗАПИСАН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ШКОЛУ? (✔) ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ДА, НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ:

ВИД ЗАПРАШИВАЕМОЙ ПОМОЩИ ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ Не прошу | ИМЯ МАТЕРИ

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ ИЛИ К РОДСТВЕННИКУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА РЕБЕНКОМ | РЕБЕНОК СЕЙЧАС ПРОЖИВАЕТ В ВАШЕМ ДОМЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ | ИМЯ ОТЦА

CHILD NEEDS AID BECAUSE OF PARENT'S (CHECK (✔) BELOW): DEATH | DISABILITY | ABSENCE | UNEMPLOYMENT

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code:

☐YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (C) ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, СРЕД. ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА (✔) ☐ ГРАЖДАНИН/ЖИТЕЛЬ ТЕР. США ☐ ЗАКОННЫЕ НЕ ГРАЖДАНЕ: ЕСТЬ СПОНСОР? ☐ ДА ☐ НЕТ

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ | ПОЛ (✔) ☐ М ☐ Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ (М. Д. Г) | ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД/ШТАТ/СТРАНА) | БЕРЕМЕННА ☐ ДА ☐ НЕТ | ВСЕ ПРИВИВКИ СДЕЛАНЫ? ☐ ДА ☐ НЕТ | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЭТОТ РЕБЕНОК ЗАПИСАН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ШКОЛУ? (✔) ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ДА, НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ:

ВИД ЗАПРАШИВАЕМОЙ ПОМОЩИ ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ Не прошу | ИМЯ МАТЕРИ

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ ИЛИ К РОДСТВЕННИКУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА РЕБЕНКОМ | РЕБЕНОК СЕЙЧАС ПРОЖИВАЕТ В ВАШЕМ ДОМЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ | ИМЯ ОТЦА

CHILD NEEDS AID BECAUSE OF PARENT'S (CHECK (✔) BELOW): DEATH | DISABILITY | ABSENCE | UNEMPLOYMENT

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code:

☐YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (D) ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, СРЕД. ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА (✔) ☐ ГРАЖДАНИН/ЖИТЕЛЬ ТЕР. США ☐ ЗАКОННЫЕ НЕ ГРАЖДАНЕ: ЕСТЬ СПОНСОР? ☐ ДА ☐ НЕТ

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ | ПОЛ (✔) ☐ М ☐ Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ (М. Д. Г) | ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД/ШТАТ/СТРАНА) | БЕРЕМЕННА ☐ ДА ☐ НЕТ | ВСЕ ПРИВИВКИ СДЕЛАНЫ? ☐ ДА ☐ НЕТ | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЭТОТ РЕБЕНОК ЗАПИСАН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ШКОЛУ? (✔) ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ДА, НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ:

ВИД ЗАПРАШИВАЕМОЙ ПОМОЩИ ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ Не прошу | ИМЯ МАТЕРИ

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ ИЛИ К РОДСТВЕННИКУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА РЕБЕНКОМ | РЕБЕНОК СЕЙЧАС ПРОЖИВАЕТ В ВАШЕМ ДОМЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ | ИМЯ ОТЦА

CHILD NEEDS AID BECAUSE OF PARENT'S (CHECK (✔) BELOW): DEATH | DISABILITY | ABSENCE | UNEMPLOYMENT

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code:

☐YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

		COUNTY USE ONLY
CA (4) **Укажите имена всех не проживающих вместе с вами в доме родителей/будущих родителей детей.**		☐ Verif. on File ☐ MC 13
ИМЯ РОДИТЕЛЯ	ПО КАКОЙ ПРИЧИНЕ РОДИТЕЛЬ НЕ ПРОЖИВАЕТ В ДОМЕ	

CA FS (5) **Изменил ли кто-либо гражданский/иммиграционный статус в течение последних 12 месяцев?** Если "ДА", заполните ниже:					☐ ДА ☐ НЕТ
ИМЯ	ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ	ДАТА	НОМЕР ИНОСТРАНЦА (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)		

CA FS (6) A. **Проживает ли в доме ребенок, помещенный в семью для временного присмотра?** Если "ДА", кто:	☐ ДА ☐ НЕТ	☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child: ☐ CA ☐ FC CR: ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP
FS B. **Хотите ли вы учитывать ребенка (детей) помещенного в семью для временного присмотра и доход на него(них) в деле талонов на питание?**	☐ ДА ☐ НЕТ	
CA FS (7) **Пользовался ли кто-нибудь другими фамилиями (девичья, принятая и т.д.)?** Если "ДА", заполните ниже:	☐ ДА ☐ НЕТ	
ИМЯ	УКАЖИТЕ. КАКИЕ ИМЕНА ИСПОЛЬЗОВАЛИСЬ	
ИМЯ	УКАЖИТЕ. КАКИЕ ИМЕНА ИСПОЛЬЗОВАЛИСЬ	

	ДА	НЕТ	
CA MC (8) A. **Все ли проживают в Калифорнии?** Если "НЕТ", объясните:			Calif. Resident: ☐ YES ☐ NO
CA B. **Все ли планируют находиться в Калифорнии постоянно?**			
CA C. **Кто-либо владеет, арендует или содержит дом за пределами Калифорнии?**			☐ Property ☐ PA
CA MC D. **Получает ли кто-либо социальное пособие за пределами Калифорнии?** Если "ДА" объясните:			
CA E. **Планирует ли кто-либо выехать за пределы Калифорнии на период более30 дней?**			

MC (9) **Вам от 18 до 21 года и вас указывают иждивенцем для учета подоходного налога?** Если "ДА", кто?:	☐ ДА ☐ НЕТ	☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1

CA FS (10) A. **Остановилась ли чья-либо денежная помощь или талоны на питание из-за: нежелания сотрудничать с отделом контроля качества, санкции по работе или обучению или невыполнения требований работы программы ABAWD (трудоспособные взрослые без иждивенцев) или по другой причине?** Если "ДА", объясните ниже:					☐ ДА ☐ НЕТ
ИМЯ	ПРИЧИНА	КОГДА	В КАКОМ ОКРУГЕ/ШТАТЕ		
CA FS B. **Остановилась ли чья-либо денежная помощь или талоны на питание на период времени или навсегда из-за обмана программ социального обеспечения или намеренного нарушения правил программы?** Если "ДА", объясните ниже:					☐ ДА ☐ НЕТ
ИМЯ	ПРИЧИНА	КОГДА	В КАКОМ ОКРУГЕ/ШТАТЕ		

FS (11) **Кто-либо из проживающих с вами покупает ли и готовит ли пищу отдельно от остальных в доме?** Если "ДА", кто?:	☐ ДА ☐ НЕТ	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO
FS (12) **Проживают ли с вами лица в возрасте 60 лет и старше, которые из-за инвалидности не в состоянии покупать и готовить пищу отдельно?** Если "ДА", кто?:	☐ ДА ☐ НЕТ	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

FS (13) A. Платите ли вы кому-либо за питание и/или комнату? ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ ЛИЦА. КОТОРОМУ ВЫ ПЛАТИТЕ	ОТМЕТЬТЕ (✔) ☐ Еда ☐ Комната ☐ Одно и другое	СКОЛЬКО $	КАК ЧАСТО	СКОЛЬКО ПРИЕМОВ ПИЩИ ЗА ДЕНЬ

CA FS B. Платит ли кто-либо вам за питание и/или комнату? ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ ЛИЦА. КОТОРОМУ ВЫ ПЛАТИТЕ	ОТМЕТЬТЕ (✔) ☐ Еда ☐ Комната ☐ Одно и другое	СКОЛЬКО $	КАК ЧАСТО	СКОЛЬКО ПРИЕМОВ ПИЩИ ЗА ДЕНЬ

COUNTY USE ONLY

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS (14) Получает ли кто-либо пищу по любой из нижеперечисленных программ? ☐ ДА ☐ НЕТ
- Общественная столовая для пожилых или инвалидов
- Программа распространения пищи, проводимая резервацией американских индейцев
- Другая программа распространения пищи

ИМЯ	НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ	ИМЯ	НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ

CA FS MC (15) A. Живет ли кто-либо в одном из следующих: ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:
- Убежище, центре
- Резервации для американских индейцев
- Психиатрическая больница/учреждение
- Общежитие для инвалидов/слепых
- Больнице или платном интернате для пожилых
- Субсидированном жилье для пожилых
- Центр реабилитации от алкоголизма или наркомании
- Пансионате с обслуживанием
- В заключении/исправительной колонии

NAME	НАЗВАНИЕ ЦЕНТРА, УБЕЖИЩА, БОЛЬНИЦЫ И Т.Д,	ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ	ПРЕДПОЛОГАЕМАЯ ДАТА ВЫПИСКИ

MC B. Остался/лась ли у лица, находящегося в больнице или платном интернате для престарелых супруг/а или другой член семьи? ☐ ДА ☐ НЕТ

CA (16) Укажите всех детей в возрасте от 6 до 18 лет, которые не посещают школу регулярно и укажите причину. ☐ Нет детей в возрасте от 6 до 18 лет.

ИМЯ	ПО КАКОЙ ПРИЧИНЕ НЕ ПОСЕЩАЮТ

CA FS MC (17) A. Записан ли кто-либо в возрасте 14 лет или старше учащимся школы, колледжа или программы обучения профессии? ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ	Возраст	НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ/КОЛЛЕДЖА/ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ	ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ (✔) ☐ Полный день ☐ Половина дня ☐ Другое (укажите):	КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ/UNITS / ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ОКОНЧАНИЯ	РАБОТАЕТ ☐ ДА ☐ НЕТ
ИМЯ	Возраст	НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ/КОЛЛЕДЖА/ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ	ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ (✔) ☐ Полный день ☐ Половина дня ☐ Другое (укажите):	КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ/UNITS / ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ОКОНЧАНИЯ	РАБОТАЕТ ☐ ДА ☐ НЕТ

CA FS B. Заполните ниже для любого, зарегистрированного в колледже или в аналогичном учебном заведении

ИМЯ	ПЕРИОД(✔)ОТМЕТЬТЕ СТАТУС ☐ Семестр ☐ Год ☐ Четверть	ОПЛАТА ЗА ОБУЧЕНИЕ/ПЕРИОД $	КНИГИ, ОБОРУДОВАНИЕ И Т.Д, ЗА ПЕРИОД $
ЕЖЕДНЕВНАЯ ДОРОГА ДО МЕСТА ОБУЧЕНИЯ /ПРИСМОТРА ЗА ДЕТЬМИ И ОБРАТНО (МИЛИ)	СКОЛЬКО ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ ПОСЕЩАЕТЕ	КАКОЙ ТРАНСПОРТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	
СТОИМОСТЬ ТРАНСПОРТА ЗА НЕДЕЛЮ $	СУММА, ПОЛУЧЕННАЯ ВАМИ ОТ ПОПУТЧИКОВ (CAR POOL MEMBERS) $	ОБЩЕСТВЕННЫЙ ТРАНСПОРТ (АВТОБУС И Т.Д,) ЗА ДЕНЬ $	

CA (18) A. Кто-либо в возрасте до 20 лет является родителем или беременна? ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ	ВОЗРАСТ	ОТМЕТЬТЕ (✔) СТАТУС ☐ БЕРЕМЕННА ☐ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ РОДИТЕЛЬ

ОТМЕТЬТЕ ШКОЛЬНЫЙ СТАТУС (✔): ☐ Закончил среднюю школу ☐ Имеет эквивалент среднего образованию (GED)
☐ Не посещает школу (объясните):
☐ В настоящее время посещает школу ☐ Другое (объясните):

CA B. Получил ли кто-либо поощрение, наказание или помощь с присмотром за детьми, транспортными услугами и т.д. от программы Cal-Learn? ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ	ГДЕ (ОКРУГ)	ДАТА/Ы ПОЛУЧЕНИЯ

CA FS (19) Кто-либо на забастовке? ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ ЗАБАСТОВЩИКА	ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ/ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ
НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА	
ДАТА НАЧАЛА ЗАБАСТОВКИ	МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД (ДО ВЫЧЕТОВ) ОТ ЭТОЙ РАБОТЫ ДО НАЧАЛА ЗАБАСТОВКИ $

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO
CA Eligible: ☐ YES ☐ NO

School Attendence Verified: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

Expenses Verified: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:

Financial Aid: ☐ YES ☐ NO
☐ MC 210 S-E

Referred to:
☐ Cal-Learn
☐ CW 25
☐ CW 25A
☐ Referred to Welfare-to-Work

Striker Regs Apply:
☐ CA ☐ FS

CA FS (20) **Кто-либо, включая детей, работал или предполагает пойти на работу, включая неполный рабочий день или случайные работы? Отметьте (✔)** "ДА" или "НЕТ" на каждый вопрос. Если "ДА", заполните ниже:

	ДА	НЕТ
Кто-либо прекратил или отказался от работы или обучения в течение последних 60 дней?		
Кто-либо сейчас работает или обучается?		
Планирует ли кто-либо работать или обучаться в течение 2 последующих месяцев?		

Если работаете на себя: **Для талонов на питание:** укажите расходы вашего бизнеса на отдельном листе бумаги. **Для денежной помощи:** Отметьте (✔) как вы хотите рассчитывать расходы вашего бизнеса: ☐ 40% стандартные отчисления ☐ реальные расходы бизнеса ☐ среднемесячные (годовые расходы бизнеса разделенные на 12 месяцев). **Если реальные,** вы должны указать расходы вашего бизнеса на отдельном листе бумаги.

(A) имя
CA FS MC

КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ ЗА МЕСЯЦ	ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ
ПРОШЛЫЙ МЕСЯЦ_____ ЭТОТ МЕСЯЦ_____	

ДАТА/Ы ОПЛАТЫ	СВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ	ОПЛАТА ДО УДЕРЖАНИЙ	ПОСЛЕДНИЙ ЧЕК ПОЛУЧЕН (ДАТА)	ПОЛУЧИЛИ ИЛИ РАССЧИТЫВАЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ЧАЕВЫЕ ИЛИ КОМИССИОННЫЕ
	☐ ДА ☐ НЕТ	$ ЗА		☐ ДА ☐ НЕТ ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:

ПО КАКОЙ ПРИЧИНЕ ОСТАВИЛИ РАБОТУ/ОБУЧЕНИЕ	ПОСЛЕДНИЙ ДЕНЬ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ	
		ПОЛУЧЕННАЯ СУММА $ _____ ОЖИДАЕМАЯ СУММА $ _____

КОГДА ОЖИДАЕТЕ СЛЕДУЮЩИЙ ЧЕК (ДАТА)	ОЖИДАЕМАЯ ДО УДЕРЖАНИЙ СУММА	ДОЛЖНОСТЬ
	$	

(B) имя
CA FS MC

КОЛ-ВО ЧАСОВ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ В МЕСЯЦ	ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ
ПРОШЛЫЙ МЕСЯЦ_____ ЭТОТ МЕСЯЦ_____	

ДАТА/Ы ОПЛАТЫ	СВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ	ОПЛАТА ДО УДЕРЖАНИЙ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПОСЛЕДНЕГО ЧЕКА	ПОЛУЧИЛИ ИЛИ РАССЧИТЫВАЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ЧАЕВЫЕ ИЛИ КОМИССИОННЫЕ
	☐ ДА ☐ НЕТ	$ ЗА		☐ ДА ☐ НЕТ ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:

ПО КАКОЙ ПРИЧИНЕ ОСТАВИЛИ РАБОТУ/ОБУЧЕНИЕ	ПОСЛЕДНИЙ ДЕНЬ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ	
		ПОЛУЧЕНА СУММА $ _____ ОЖИДАЕМАЯ СУММА $ _____

КОГДА ОЖИДАЕТЕ СЛЕДУЮЩИЙ ЧЕК	ОЖИДАЕМАЯ ДО УДЕРЖАНИЙ СУММА	ДОЛЖНОСТЬ
	$	

CA FS MC (21) A. **Оплачивает ли кто-либо присмотр за ребенком, совершеннолетним инвалидом или другим иждивенцем. чтобы он/а могли работать, учиться или искать работу?** Если "ДА", заполните ниже и отметьте (✔) работа или обучение ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ЗА КЕМ ПРИСМАТРИВАЮТ	КТО ОПЛАЧИВАЕТ	КТО ПРИСМАТРИВАЕТ		ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА/КАК ЧАСТО
			☐ РАБОТА ☐ ОБУЧЕНИЕ	$ КАЖДЫЕ
ЗА КЕМ ПРИСМАТРИВАЮТ	КТО ОПЛАЧИВАЕТ	КТО ПРИСМАТРИВАЕТ		ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА/КАК ЧАСТО
			☐ РАБОТА ☐ ОБУЧЕНИЕ	$ КАЖДЫЕ

CA FS MC B. **Оплачивает ли кто-либо еще полностью или частично присмотр за вашими детьми?** Включите сумму, оплаченную родственником или другом, не проживающим в доме, департаментом образования, денежное пособие для присмотра за детьми (Block Grant) и т.п. Если "ДА", заполните ниже: ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ИМЯ РЕБЕНКА	КТО ОПЛАЧИВАЕТ	СУММА УПЛАЧЕННАЯ ЗА МЕСЯЦ	КТО ЕЩЕ ПЛАТИТ	СУММА УПЛАЧЕННАЯ ЗА МЕСЯЦ
		$		$
ИМЯ РЕБЕНКА	КТО ОПЛАЧИВАЕТ	СУММА УПЛАЧЕННАЯ ЗА МЕСЯЦ	КТО ЕЩЕ ПЛАТИТ	СУММА УПЛАЧЕННАЯ ЗА МЕСЯЦ
		$		$

FS MC (22) **Платит ли кто-либо деньги на содержание ребенка?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

КТО ПЛАТИТ	ЗА КОГО	СУММА ЗА МЕСЯЦ
		$

CA FS MC (23) **Подавал ли заявление или получал ли кто-либо страховое пособие по безработице или нетрудоспособности за последние 12 месяцев ИЛИ рассчитывает получить эти льготы в будущем?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ИМЯ	ДАТА ЗАПРОСА	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)	ПОЛУЧЕНО ПОСЛЕДНИЙ РАЗ (ДАТА)
ИМЯ	ДАТА ЗАПРОСА	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)	ПОЛУЧЕНО ПОСЛЕДНИЙ РАЗ (ДАТА)

CA (24) **Получил ли кто-либо сумму денег или услуги, замещающие долговременную помощь?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ИМЯ	ОКРУГ/ШТАТ	ПОЛУЧЕННАЯ СУММА	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОЛУЧЕННЫЕ УСЛУГИ	ОЦЕНИТЕ СТОИМОСТЬ УСЛУГ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ
		$		$	

COUNTY USE ONLY

(A) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

(B) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

☐ Verif(s) on file for: ☐ (A) ☐ (B)

FS: Work history last 120 days ☐ (A) ☐ (B)

(A)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

(A) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days
(B) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days

(B)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

CA: S/E Client Chooses:

(A)	(B)
☐ Actual	☐ Actual
☐ 40% deduction	☐ 40% deduction
☐ Annualize	☐ Annualize

Child Care Informing:
☐ Trustline Informing (CCP 2)
☐ Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Dependent Care Verified

DEP. CARE ELIGIBLE	YES	NO
FS		
MC		

Is there another person in household who could provide care? ☐ YES ☐ NO

If "YES", who: _____

Court Order on File ☐ YES ☐ NO
Amount Ordered:
$

CA FS (25) Работал ли или обучался ли кто-либо из проживающих в доме родителей,в течение последних 24 месяцев? Если "ДА", заполните ниже: ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

- Укажите всю работу в или за пределами США (U.S.).
- Укажите работу сделанную взамен чего-либо кроме денег, как еда, коммунальные услуги или **любое другое.**
- Начните с самой последней работы или обучения каждого человека.

A. ИМЯ

ОН/ОНА АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ/ИНДИАНКА? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ЕСЛИ "ДА", УКАЖИТЕ ПЛЕМЯ:

Имя и адрес работодателя или программы обучения (✓) Отметьте, работа или обучение	Когда работал МЕСЯЦ, ДЕНЬ, ГОД С По	Сумма Оплаты	Имя и адрес работодателя или программы обучения (✓) Отметьте, работа или обучение	Когда работал МЕСЯЦ, ДЕНЬ ГОД С По	Сумма Оплаты
1. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	4. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц
2. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	5. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц
3. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	6. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц

B. ИМЯ

ОН/ОНА АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ/ИНДИАНКА? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ЕСЛИ "ДА", УКАЖИТЕ ПЛЕМЯ:

Имя и адрес работодателя или программы обучения (✓) Отметьте, работа или обучение	Когда работал МЕСЯЦ, ДЕНЬ, ГОД С По	Сумма Оплаты	Имя и адрес работодателя или программы обучения (✓) Отметьте, работа или обучение	Когда работал МЕСЯЦ, ДЕНЬ ГОД С По	Сумма Оплаты
1. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	4. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц
2. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	5. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц
3. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	6. ☐ Работа ☐ Обучение	С До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц

FS (26) Являются ли гражданами США все члены семьи, получающие талоны на питание**?** Если "НЕТ", заполните ниже на каждого члена семьи, **не являющегося гражданином США.** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Имя каждого, не являющегося гражданином США	A. Сколько всего лет этот человек, его/ее супруг/а или их родители (до того, как этому лицу исполнилось 18 лет) проживали в США?	B. За время проживания в США, сколько лет, из указанных в "A" это лицо, его/ее супруг/а и/или их родители (до того, как этому лицу исполнилось 18 лет) зарабатывали деньги, работая в США?	C. За время проживания за пределами США, сколько лет, из указанных в "A" это лицо, его/ее супруг/а и/или их родители (до того, как этому лицу исполнилось 18 лет) работали в США?
1.			
2.			
3.			
4.			

CA FS MC (27) Состоял ли кто-либо на воинской службе США, или является ли кто-либо супругом/ой, родителем или ребенком лица, которое состояло на воинской службе? Если "ДА", заполните ниже: ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

NAME	ГРАЖДАНИН США	(✔) СТАТУС: ☐ ДЕЙСТВИТЕЛЬНАЯ СЛУЖБА ИЛИ ДЕМОБИЛИЗОВАННЫЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИЙ ☐ СУПРУГ/А, РОДИТЕЛЬ ИЛИ РЕБЕНОК ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО ИЛИ ДЕМОБИЛИЗОВАННОГО	УВОЛЕНЫ СО СЛУЖБЫ С ХОРОШЕЙ АТТЕСТАЦИЕЙ	РОД ВОЙСК	ДАТЫ СЛУЖБЫ
NAME	☐ ДА ☐ НЕТ		☐ ДА ☐ НЕТ		
NAME	ГРАЖДАНИН США ☐ ДА ☐ НЕТ	(✔) СТАТУС: ☐ ДЕЙСТВИТЕЛЬНАЯ СЛУЖБА ИЛИ ДЕМОБИЛИЗОВАННЫЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИЙ ☐ СУПРУГ/А, РОДИТЕЛЬ ИЛИ РЕБЕНОК ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО ИЛИ ДЕМОБИЛИЗОВАННОГО	УВОЛЕНЫ СО СЛУЖБЫ С ХОРОШЕЙ АТТЕСТАЦИЕЙ ☐ ДА ☐ НЕТ	РОД ВОЙСК	ДАТЫ СЛУЖБЫ

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

COUNTY USE ONLY

PE/UIB Requirements
Earnings from month prior to month of application
App Date: _____
Earnings from _____ *to* _____

MO/YR	(25) A	(25) B
	$	$
TOTAL	$	$

(25)	A	B
Tribal JOBS Referral		
UIB Verif(s) on file		
Must apply for UIB		
Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months		

UIB Ineligible Reason:

(26)
FS: ☐ *40 Quarters Verif.*

(27)
☐ *CW 5*
FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.
☐ *YES* ☐ *NO*

CA FS MC **28 A. Получает ли или ожидает ли получения кто-либо, включая детей, деньги из любого указанного ниже источника?** Отметьте (✔) "ДА" или "НЕТ" по каждому вопросу.

	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ
Обучение по программам Work Study[1], WTW или другим программам			Доход, связанный с обучением ветеранов (VA)		
Другое пособие на обучение			Помощь и посещение ветеранов (VA)		
Займы, стипендии и пособия на обучение			Льготы социального страхования или доход дополнительного страхования /дополнительный платеж штата (SSI/SSP)		
CalWORKs[2]/Денежная помощь из другого штата			Платеж по инвалидности ветеранам VA		
Денежная помощь беженцам (RCA)			Платеж работникам железной дороги по инвалидности		
Программа денежной помощи иммигрантам (CAPI)			Другой доход по инвалидности от федерального, штатного или местного государственного агентства		
GA/GR (Общая помощь/пособие)			Оплата инвалидности от другого не государственного агентства или оплата нетрудоспособности		
Компенсация за травму на рабочем месте			Пенсия социального страхования или пенсия из-за потери кормильца		
Алименты на содержание супруга/и/детей или деньги на оплату медицинских счетов или платежей			Железнодорожная пенсия		
Пособия бастующего			Другой пенсионный доход от федерального, штатного или местного государственного агентства		
Займы, подарки, пожертвования			Другой не государственный пенсионный доход		
Расчеты со страховыми или юридическими компаниями/вопрос на рассмотрении суда			Платежи на душу населения американским индейцам		
Продажа долговых расписок, контрактов, чужой собственности по доверенности, долговых расписок			Выигрыши (азартные игры, лотерея, лото, призы и т.д.)		
Выплаты по военному аттестату или военная пенсия			Другое (объясните)		

COUNTY USE ONLY

☐ Casualty Unit Notified
☐ CWC 6041
☐ DHS 6155
☐ Verif(s) on File
Explain Anticip. Income

Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ	ИСТОЧНИК ДОХОДА	ПОЛУЧЕННАЯ СУММА (ДО УДЕРЖАНИЙ)	КОГДА	КАК ЧАСТО	(✔) if exempt CA	FS	MC
		$					
		$					

CA FS MC **B. Рассчитывает ли кто-либо на изменение суммы получаемых сейчас денег, как повышение зарплаты из-за удорожания прожиточного минимума?** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ	ЧТО	СУММА	КОГДА
		$	

CA FS MC **29 Получает ли кто-либо бесплатно или в обмен на работу, жилье, аренду, коммунальные услуги, еду или одежду?** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если "ДА", заполните ниже и отметьте (✔) бесплатно или в обмен:

ЧТО ПОЛУЧЕНО	БЕСПЛАТНО	ЗА РАБОТУ	КТО ПОЛУЧИЛ	СТОИМОСТЬ	КТО ПРЕДОСТАВИЛ
Жилье или аренда				$	
Коммунальные услуги				$	
Еда				$	
Одежда				$	

In-Kind Income:
Verif. on file: ☐ YES ☐ NO

Partial	Full	Earned	Unearned

CA FS MC **30 A. Владеет ли или покупает ли кто-либо недвижимость, как например земельные участки и/или постройки где-либо, в том числе за пределами США?** Если "ДА", заполните ниже. Укажите землю и/или постройки, которыми вы владеете совместно. ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ТИП (ЗЕМЛЯ, КВАРТИРА, ДОМ)	КАК ВЫ ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ЭТОЙ СОБСТВЕННОСТЬЮ, ОТМЕТЬТЕ(✔)	ДА	НЕТ	ХОЗЯИН/ХОЗЯЕВА	АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	СУММА ДОЛГА	ДОХОД ОТ АРЕНДЫ
	ЖИВЕТЕ В НЕМ					$	$
ВЫСТАВЛЕН НА ПРОДАЖУ ☐ ДА ☐ НЕТ	СДАЕТЕ В АРЕНДУ						
	ДРУГОЕ (ОБЪЯСНИТЕ):						

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $
Amount Owed $
Net Value $
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

ТИП (ЗЕМЛЯ, КВАРТИРА, ДОМ)	КАК ВЫ ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ЭТОЙ СОБСТВЕННОСТЬЮ, ОТМЕТЬТЕ(✔)	ДА	НЕТ	ХОЗЯИН/ХОЗЯЕВА	АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	СУММА ДОЛГА	ДОХОД ОТ АРЕНДЫ
	ЖИВЕТЕ В НЕМ					$	$
ВЫСТАВЛЕН НА ПРОДАЖУ ☐ ДА ☐ НЕТ	СДАЕТЕ В АРЕНДУ						
	ДРУГОЕ (ОБЪЯСНИТЕ):						

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $
Amount Owed $
Net Value $
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

CA MC **B. Владеет ли кто-либо домом, в котором сейчас не проживает, но надеется когда-либо вернуться?** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если "ДА", заполните ниже:

ХОЗЯИН СОБСТВЕННОСТИ	АДРЕС СОБСТВЕННОСТИ	ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ВОЗВРАЩЕНИЯ (ЕСЛИ ИЗВЕСТНА)

Total countable property: Page 7
(List totals on page 9)

CA $
FS $
MC $

CA FS MC (31) **A. Имеет ли кто либо, включая детей, личные или относящиеся к производству средства?** Отметьте (✔) каждый пункт "ДА" или "НЕТ".
Укажите все средства: собственность, используемые, контролируемые, долевые или совместные с любым лицом/лицами (даже только для удобства). Округ определит, учитываются эти средства или нет.

	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ
Наличные (на руках или в другом месте)			Доверительные средства (доступные или нет)		
Непогашенные чеки (на руках или в другом месте)			Векселя, ипотеки, документ об учреждении доверительной собственности, контракты о продаже и т.п.		
Сберегательные счета - детей и взрослых					
Текущие счета - независимо от того, используются они или нет			Индивидуальный пенсионный счет (IRA) или план Keogh и т.п.		
Счета в кредитных союзах			Пенсионные средства, которые доступны, если вы перестали работать (такие, как PERS и т.п.)		
Акции, облигации, сертификаты вклада, счета денежного рынка и т.п.			План частичной отсрочки зарплаты		
Права на разработку нефти, шахт или минералов			Страховка жизни или пенсия/ежегодная рента		
Контракты или доверенности на похороны, страховка, средства/деньги предназначенные для похорон, участок на кладбище, гроб или другие похоронные принадлежности			Пожизненный процент от недвижимости		
			Долгосрочная страховка по уходу		
			Денежный баланс с прошлого месяца программы EBT		
Возврат переплаченной суммы подоходного налога			Другое (объясните)		

ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:

РЕСУРС	ОТНОСИТСЯ К ПРЕДПРИЯТИЮ	ХОЗЯИН	СЧЕТ/№ ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ И АДРЕС БАНКА	СТОИМОСТЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
	☐ ДА ☐ НЕТ				$
	☐ ДА ☐ НЕТ				$
	☐ ДА ☐ НЕТ				$

CA FS MC **B. Получает ли кто-либо или рассчитывает получить деньги из любого из вышеуказанных ресурсов, как проценты, дивиденды и т.п.?** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ	ИСТОЧНИК ДЕНЕГ	СУММА	КАК ЧАСТО	ОТНОСИТСЯ К ПРЕДПРИЯТИЮ
		$		☐ ДА ☐ НЕТ
		$		☐ ДА ☐ НЕТ

MC (32) **Зарегистрированы ли какие-либо права на удержание, или подписали ли вы гарантийный договор с доктором, клиникой или больницей против какой-либо собственности, вашей или принадлежащей любому члену вашей семьи, которая используется как залог на услуги по медицинскому обслуживанию?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ПРАВО НА УДЕРЖАНИЕ ИЛИ СУММА ЗАЛОГА	ВИД И МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ СОБСТВЕННОСТИ	ДАТА И ВИД ОКАЗАННОЙ/ОЖИДАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	ИМЯ ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕГО УСЛУГИ
$			
$			

MC (33) **A. Владеет ли кто-либо любой <u>личной собственностью</u>, как например:** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
- Лодка без мотора, жилой автофургон, жилой автоприцеп (без мотора).
- Огнестрельное оружие; инструменты; спортивное оборудование и т.п.
- Домашние животные или домашний скот для личного пользования.
- Ювелирные изделия, произведение искусства, антиквариат, коллекции, камеры, музыкальные инструменты и оборудование (пиано, гитары, усилители и т.п.).

Если "ДА", заполните ниже: Не указывайте обручальные кольца и обручальные кольца с камнями или фамильные драгоценности. Укажите ювелирные изделия, стоящие более $100 и домашнее добро или личную собственность, стоящую более $500 за предмет.

ПРЕДМЕТ	ВЫСТАВЛЕН НА ПРОДАЖУ	ЦЕНА ПОКУПКИ ИЛИ НАСТОЯЩАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА	ПРЕДМЕТ	ВЫСТАВЛЕН НА ПРОДАЖУ	ЦЕНА ПОКУПКИ ИЛИ НАСТОЯЩАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА
	☐ ДА ☐ НЕТ	$	$		☐ ДА ☐ НЕТ	$	$
	☐ ДА ☐ НЕТ	$	$		☐ ДА ☐ НЕТ	$	$

MC **B. Владеет ли кто-либо <u>производственной собственностью</u>, включая инструменты, товары и материалы, производственное оборудование, домашний скот и т.п.?** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Укажите любую собственность, которой вы пользуетесь или приобрели совместно с другим лицом(ами). Если "ДА", заполните ниже:

ПРЕДМЕТ	ВЫСТАВЛЕН НА ПРОДАЖУ	ЦЕНА ПОКУПКИ ИЛИ НАСТОЯЩАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА	ПРЕДМЕТ	ВЫСТАВЛЕН НА ПРОДАЖУ	ЦЕНА ПОКУПКИ ИЛИ НАСТОЯЩАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА
	☐ ДА ☐ НЕТ	$	$		☐ ДА ☐ НЕТ	$	$
	☐ ДА ☐ НЕТ	$	$		☐ ДА ☐ НЕТ	$	$

COUNTY USE ONLY

☐ Trust Fund/Not Court Ordered
☐ Court Petitioned
Date _____
☐ Resource Verified: Explain how:

Total Value = $_____
☐ Burial Reserve or Trust (MCO) Amount Owed $_____
☐ Revocable
☐ Irrevocable
☐ Designated Fund and Current Value $_____
☐ CA Restricted Account

Check (✔) if exempt

CA	FS	MC

Verified: ☐ YES ☐ NO
Lien Applicable: ☐ YES ☐ NO
Security Agreement: ☐ YES ☐ NO
MC 174 completed and sent: ☐ YES ☐ NO

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately
☐ Personal Property $500 + for Pickle Program
☐ Insignificant Value for 1931(b)
☐ Listed for sale (Specify):

Total Countable Property: Page 8
(List totals on Page 9)
CA $ _____
FS $ _____
MC $ _____
☐ Listed for sale (Specify):

CA MC FS (34) **Кто-либо продал, потратил, обменял, перевел или отдал любую недвижимость, как например дом или землю; или личную собственность, как например: деньги, машины, банковские счета, деньги от юридического или страхового компромисного решения или любое другое?** (Для программы денеьной помощи укажите любую собственность, проданную или обменянную в течение последних 12 месяцев, для программы талонов на питание - в течение 3 месяцев и для программы Medi-Cal - в течение последних 2 1/2 лет (30 месяцев). Если "ДА", укажите, что и когда: ☐ ДА ☐ НЕТ

CA MC (35) **Кто-либо владеет, пользуется или зарегистрирован как (со)владелец любого автомобиля, как например: машины, мотоцикла, снегохода, жилого автофургона, моторной лодки и т.п., даже в нерабочем состоянии?** Если "ДА", заполните ниже. Сверьтесь с регистрационным листом, чтобы заполнить информацию о каждом средстве передвижения: ☐ ДА ☐ НЕТ

	ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО (1)		ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО (2)		ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО (3)	
ХОЗЯИН ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА						
ИМЯ ЛИЦ/А. ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ						
ГОД/ИЗГОТОВИТЕЛЬ/МОДЕЛЬ						
РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР						
ПРИМЕРНАЯ СТОИМОСТЬ	$		$		$	
СУММА ДОЛГА	$		$		$	
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО	☐ ДА	☐ НЕТ	☐ ДА	☐ НЕТ	☐ ДА	☐ НЕТ
АРЕНДОВАНО	☐ ДА	☐ НЕТ	☐ ДА	☐ НЕТ	☐ ДА	☐ НЕТ
КАК ВЫ ИСПОЛЬЗУЕТЕ ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО? Отметьте (✔) каждый пункт "ДА" ИЛИ "НЕТ."	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Как дом						
Для поездок на работу, обучение или поиски работы						
Для работы, собственной независимости, бизнеса						
Необходимо для инвалида в семье						
Для доставки семье топлива или воды						
Только для развлечения						

COUNTY USE ONLY

Transfer of Assets:
- ☐ CA in last 12 months
- ☐ FS in last 3 months
- ☐ Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY
- ☐ Adequate Consideration
- ☐ Spenddown

Total Nonexempt Property
$

Compute Vehicle Valuation in Section Below:
- ☐ Verifications viewed
- ☐ Leased vehicle: ☐ (1) ☐ (2) ☐ (3)
- ☐ Pickle Program: Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date:_____$_____

(2) Date:_____$_____

(3) Date:_____$_____

COUNTY USE ONLY - VEHICLES

CASH AID	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).]	☐ YES	☐ NO	☐ YES	☐ NO	☐ YES	☐ NO
(2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

(C) Fair Market Values-CA

FMV			
Minus	Minus $4,650	Minus $4,650	Minus $4,650
Excess Value			

(D) Equity Values-CA

FMV			
Minus Encum-brance			
Equity Value			

MEDI-CAL

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	_____
Vehicle Market Value	$ _____	$ _____	$ _____
Less Encumbrances	$ _____	$ _____	$ _____
Net Value	$ _____	$ _____	$ _____
Exempt	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):

Is vehicle used:	(1) Exempt	(2) Yes	(2) No	(3) Yes	(3) No
As a home					
For self-employment					
To Go to Work or Medical Appointment					

TOTALS: VEHICLE CA

Excess Value $ _____

Equity Value $ _____

Grand Total Countable Property
(List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	$_____	$_____	$_____
(8)	$_____	$_____	$_____
(7)	$_____	$_____	$_____
Total	$_____	$_____	$_____

CA FS (36) **A. Имеет ли кто-либо расходы на проживание?** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если “ДА”, заполните ниже:

СТОИМОСТЬ ЖИЛЬЯ	ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ	СКОЛЬКО ВЫ ПЛАТИТЕ	СКОЛЬКО ПЛАТЯТ ДРУГИЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
Аренда	$	$	$	
Оплата дома (ипотека)	$	$	$	
Налоги на недвижимость (если не включены в ежемесячную плату)	$	$	$	
Страховка (если не включена в ежемесячную оплату)	$	$	$	
Другое (объясните)	$	$	$	

CA FS **B. Кто-либо еще оплачивает полностью или частично эти жилищные расходы? Относится к родственникам или друзьям, не проживающим в доме, любой программе помощи оплаты аренды, как например: HUD, Section 8 и т.п.** Если “ДА”, заполните ниже: ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ВИД ОПЛАТЫ ЖИЛИЩНЫХ УСЛУГ	ИМЯ ОПЛАЧИВАЮЩЕГО	СКОЛЬКО КАЖДЫЙ ПЛАТИТ	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
		$	
		$	

COUNTY USE ONLY

Housing verified: ☐ YES ☐ NO

Total housing: $ _____

Shared housing: ☐ YES ☐ NO

FS (37) **A. Есть ли у кого-либо расходы на коммунальные услуги?** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если “ДА”, отметьте ниже, что относится к вам:

Газ		Мусор	
Электричество		Канализационные услуги	
Другое топливо (как пропан, бутан, дрова, уголь и т.п.)		Телефон или другие коммуникационные средства, как интернет и т.п.	
Вода		Другое (объясните)	

Utilities verified: ☐ YES ☐ NO

Verification not required: ☐

FS **A. Вы используете газ, электричество или другое топливо для обогрева или охлаждения?** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если “ДА”, отметьте ниже.

ТОПЛИВО	**ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОТОПЛЕНИЯ ИЛИ ОХЛАЖДЕНИЯ**	
Газ	**ДА**	**НЕТ**
Электричество	**ДА**	**НЕТ**
Другое топливо	**ДА**	**НЕТ**

Utility allowance
☐ SUA
☐ LUA
☐ TUA

FS (38) **Вы можете уполномочить кого-либо в вашей семейной группе, или другое лицо, использовать ваши талоны на питание для покупки еды для вас. Если вы желаете уполномочить кого-либо, заполните ниже:**

ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	АДРЕС	ТЕЛЕФОН №
		( )

☐ F.S. I.D. Issued

CA MC (39) Получил ли кто-либо медицинский уход или помощь по беременности в течение этого месяца или в течение трех месяцев до этого месяца? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧИВШЕГО ПОМОЩЬ	СКОЛЬКО МЕСЯЦЕВ ПОЛУЧАЛ ПОМОЩЬ	ПЛАТЕЖИ ЗА УХОД		ВЫ ХОТИТЕ MEDI-CAL ЗА ЭТИ МЕСЯЦЫ?	
		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ

COUNTY USE ONLY

Retroactive Application

☐ Retro Only

☐ Retro and Cont.

☐ MC 210A

CA FS MC (40) Есть ли у кого-либо медицинское покрытие программы MEDICARE? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

У КОГО ЕСТЬ	НОМЕР МЕДИЦИНСКОГО ЗАПРОСА	(✔) КАК ОПЛАЧЕНЫ МЕСЯЧНЫЕ ПЛАТЕЖИ			
		ЗА	ВЫЧТЕНО С ЧЕКА	УПЛАЧЕНО ВАМИ	ДРУГОЕ
		Часть A			
		Часть B			
		Часть A			
		Часть B			

☐ MEDICARE referral

FS: ☐ DFA 285-C

Gross Premium $ _____

☐ QMB

☐ SLMB/QI

☐ QDWI

CA MC (41) Есть ли у кого-либо медицинская, зубоврачебная, глазная, больничная страховка, или страховка по долговременному присмотру, или медицинские планы, как Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS и т.п.? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	КТО ЗАСТРАХОВАН	ИСТЕЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ	СУММА ПЛАТЕЖА	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
			$	
			$	

State Certified LTC Policy: ☐ YES ☐ NO

☐ DHS 6155

Benefits Paid Out $_____

CA MC (42) Доступна ли кому-либо медицинская страховка от родителей, работодателя или отсутствующих родителей, которую не запросили? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	КТО ЗАСТРАХОВАН	СУММА ПЛАТЕЖА	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
		$	
		$	

☐ DHS 6155

CA MC (43) Чья-либо медицинская страховка может закончиться или закончилась в течение последних 60 дней? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	КТО ЗАСТРАХОВАН	ИСТЕЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ	СУММА ПЛАТЕЖА	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
			$	
			$	

☐ DHS 6155

CA MC (44) Есть ли у кого-либо инвалидность, полученная от травмы или аварии, из-за которой им тяжело работать, или которая препятствует их самостоятельности? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ ЛИЦА	ВИД ПРОБЛЕМЫ	ДАТА, КОГДА ПРОБЛЕМА НАЧАЛАСЬ	ОЖИДАЕМАЯ ДАТА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

☐ Third Party Liability

CA FS (45) A. Есть ли у кого-либо медицинское состояние или ситуация, которые требуют одно из нижеперечисленного? Отметьте (✔) каждый пункт "ДА" или "НЕТ":

	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ
Специальная диета прописанная врачем			Повышенное потребление коммун. услуг		
Потребность в специальном транспорте			Специальные услуги прачечной		
Специальный телефон или другое оборудование			Если "ДА", объясните:		
Домашняя работа (никто в доме не может ее делать)					

Если "ДА", объясните:

Verified: ☐ YES ☐ NO

Special Need: ☐ YES ☐ NO

Amount: $ _____

CA FS MC B. Есть ли в семье ребенок или инвалид, за которым должен ухаживать другой член семьи? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", объясните:

CA MC C. Является ли кто-либо работающим инвалидом, имеющим медицинские расходы (инвалидная коляска и т.п.), необходимые для сохранения работоспособности? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ ЛИЦА	ВИД РАСХОДОВ	СУММА
		$
		$

☐ Receipts

☐ MC 272 ☐ MC 273

☐ IRWE (QMB and SGA)

FS: ☐ DFA 285-C

CA FS D. Получает ли кто-либо услуги по ведению домашнего хозяйства и личному обслуживанию (IHSS)? Если "ДА", кто получает услуги?_____ Сколько вы платите в месяц? $_____ ☐ ДА ☐ НЕТ

			COUNTY USE ONLY
CA (46)	**Хочет ли семья запросить пособие по особой необходимости на жилье или основные домашние предметы, утраченные или поврежденные из-за неожиданных и необычных причин, как землетрясение, пожар, наводнение?** Если “ДА”, объясните ниже:	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	YES / NO Special Need Verified Eligible for Special Need
CA FS (47)	**Избегает ли или скрывается ли от закона любой член семьи, чтобы избежать уголовного преследования за преступление, тюремное заключение после осуждения или за нарушение условного/досрочного освобождения или пробации?** Если “ДА”, укажите имя:	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	
CA FS (48)	**Были ли осуждены вы или любой член вашей семьи за преступление, связанное с наркотиками? Если нет, переходите к вопросу 49.**	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	FS convictions after 8/22/96 CW convictions after 1/1/98
	Если ДА: Имя: _____ Дата осуждения: _____ .		
	Было ли осуждение за одно из нижеуказанных:		
	• Транспортировка, ввоз в штат, продажу, снабжение, помощь, раздача, владение с целью продажи, скупка с целью продажи, изготовление, производство компонентов с целью производства контролируемых веществ или культивирование, сбор урожая или обработка марихуаны?	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	Qualifying Drug Felon? ☐ Yes ☐ No
	• Поощрение, склонение, подстрекание или запугивание несовершеннолетнего для участия в любых из вышеуказанных случаев?	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	Meets felony conditions of eligibility? ☐ Yes ☐ No
	Вы или члены вашей семьи:		
	a) Закончили утвержденную государством программу лечения от наркозависимости?	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	
	b) Участвовали в утвержденной государством программе лечения от наркозависимости?	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	
	c) Записались в утвержденную государством программу лечения от наркозависимости?	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	
	d) Записались на очередь в утвержденную государством программу лечения от наркозависимости?	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	
	e) Прекратили употребление контролируемых веществ и у вас есть доказательства этого?	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	
	Если ДА, объясните: _____		
CA MC (49)	**Вы можете получить нижеперечисленные услуги. Ваши ответы на эти вопросы не изменят ваше право на услуги. Отметьте (✔) каждый пункт “ДА” или “НЕТ.”**	☐ **ДА** ☐ **НЕТ**	
	A. Для защиты здоровья вашей семьи, по запросу через программу здоровья детей и предотвращения инвалидности (CHDP), доступны регулярные медицинские осмотры для членов вашей семьи в возрасте до 21 года, имеющих право на помощь.		☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ ☐ CHDP Referral ☐ Social Services Referral (MCO)
	• Хотите ли вы больше информации об услугах CHDP?.....		
	• Хотите ли вы медицинские услуги программы CHDP?		
	• Хотите ли вы зубоврачебные услуги программы CHDP?.....		
	• Нужна ли вам помощь в назначении встреч или с транспортом, для получения услуг программы CHDP?.....		
	B. Хотите ли вы больше информации насчет услуг по прививкам?		☐ Referred for Immuniz.
	C. Если вы беременны, вы можете получить помощь в поисках доктора, здоровой пищи и другую помощь. Хотите ли вы поговорить с кем-нибудь насчет этой помощи?		
	D. Кормите ли вы ребенка грудью?		☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
	Если “ДА”, родили ли вы в течение последних 12 месяцев?		
	Если вы отметили “ДА” на (49) C или D, может, вы имеете право на услуги, предоставляемые специальной программой дополнительного питания для женщин, младенцев и детей (WIC).		☐ Breastfeeding ☐ Postpartum ☐ WIC referral
	E. Хотите ли вы, или члены вашей семьи, бесплатные или дешевые услуги по планированию семьи, предотвращению незапланированной беременности и/или рождению следующего ребенка? Если “ДА”, позвоните в программу, предоставляющую вам медицинские услуги или доктору. Или, для информации, и о местонахождении конфиденциальных клиник семейного планирования, звоните бесплатно: 1-800-942-1054.		☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

СВИДЕТЕЛЬСТВО

Я понимаю, что:

- Любая информация, предоставленная мной, включая информацию о льготах и доходах, будет сравнена с местной, штатной и федеральной информацией, полученной от работодателей, администрации социального страхования, налоговой инспекции, агентства социального обеспечения и безработицы, посещения школ и т.д. Также, для программ талонов на питание и денежной помощи информация будет сравнена с базой данных правоохранительных органов на наличие ордера на арест.
- Вся информация, предоставленная мной, включая информацию о льготах и доходах, может быть просмотрена и проверена работниками округа, штата и федерации и, если я предоставил ложную информацию, мне может быть отказано в денежной помощи, талонах на питание и Medi-Cal или эта помощь может быть остановлена.
- Мое дело может быть выбрано для проверки, чтобы удостовериться, что мое право на льготы было правильно определено, и что я должен сотрудничать с работниками округа, штата и федерации в любом расследовании или проверке, включая проверку качества.
- Округ отправит информацию в службу Гражданства и Иммиграционных услуг (USCIS) (бывшая INS) для проверки иммиграционного статуса, и информация, полученная округом от USCIS может повлиять на мое право на денежную помощь, талоны на питание и полный Medi-Cal. Но, если я запрашиваю ТОЛЬКО Medi-Cal, И я не (a) иностранец, имеющий право на постоянное место жительства (LPR), (b) амнистированный иностранец с действующей и продленной формой I-688, или (c) иностранец, проживающий в Соединенных Штатах по разрешению правительства (PRUCOL), округ не отправит информацию в USCIS.
- Я обязан запросить и пользоваться доступными медицинскими услугами, если они для меня бесплатны; если я не сделаю этого, то мой Medi-Cal будет остановлен, или мне в нем будет отказано.
- Я, или другой член семьи, будут обязаны вернуть любую денежную помощь, которую я не должн был получать.
- Семья, получающая талоны на питание, любой взрослый, из семьи получающей талоны на питание (даже, если он/а выедет и будет жить отдельно), спонсор члена семьи, который не является гражданином, или уполномоченный представитель жильцов в соответствующем учреждении могут быть вынуждены выплатить любые льготы, которые семья не должна была получать.
- Любой член моей семьи, который прячется или укрывается от закона за преступление или попытку совершения преступления, или условное освобождение или нарушение такового, не может получать денежную помощь или талоны на питание.
- Любой член семьи, который был осужден после 22 августа 1996 года за преступление связанное с хранением, употреблением, производством, продажей, распространением контролируемых веществ или любой деятельностью, связанной с этими незаконными актами или за уборку урожая марихуаны или вовлечении несовершеннолетних в вышеуказанные действия, не имеет право на получение талонов на питание.
- Для получения льгот программ денежной помощи и талонов на питание, округ будет требовать, чтобы у меня и определенных членов моей семейной группы сняли электронное изображение отпечатков пальцев и фотографии. Мои льготы могут остановиться, или мне в них может быть отказано, если я не буду сотрудничать.

Я также понимаю, что:

Я могу быть дисквалифицирован и/или наказан за обман, если я преднамеренно дам ложную информацию или не доложу все факты или ситуацию, которая может повлиять на мое право получать льготы или денежную помощь, талоны на питание и Medi-Cal.

Для денежной помощи:

- Если я сознательно не буду соблюдать правила программы денежной помощи, я могу быть оштрафован на сумму до $10,000 и/или наказан тюремным заключением сроком до 3 лет. И денежная помощь мне может быть остановлена:
  - За несообщение всей информации или за предоставление ложной информации: 6 месяцев за первое нарушение, 12 месяцев за второе или навсегда за третье; для денежной помощи для беженцев - 3 месяца за первое и 6 за последующее нарушение.
  - За подачу одного или более заявления с целью получения помощи по более, чем одному делу одновременно: 2 года за первое осуждение, 4 года за второе и навсегда за третье.
  - За осуждение за уголовное преступление - получение помощи воровским путем: 2 года за кражу на сумму до $2000; 5 лет за сумму от $2000 до $4999.99; и навсегда за кражу суммы $5000 или выше.
  - За предоставление округу ложной информации о месте жительства для получения помощи в двух или более округах или штатах одновременно; предоставление округу ложного подтверждения на ребенка, который не имеет права на помощь или несуществующего ребенка; получение более, чем $10,000 денежной помощи обманным путем; получение третьего осуждения в суде или слушании вашего дела администрацией штата за обман - навсегда.

Для талонов на питание:

- Если я сознательно не буду соблюдать правила программы талонов на питание, мои талоны на питание могут быть остановлены на 12 месяцев за первое нарушение, на 24 месяца за второе, и навсегда за третье. Также, я могу быть оштрафован на сумму до $250,000 и/или наказан тюремным заключением сроком в 20 лет.
- Если я признан виновным в суде любой инстанции потому, что:
  - я продавал или менял талоны на питание на оружие, боеприпасы или взрывчатку, талоны на питание для меня могут быть остановлены навсегда за первое нарушение.
  - я продавал или менял талоны на питание на наркотики или другие вещества с контролируемым допуском, талоны на питание для меня могут быть остановлены на 24 месяца за первое нарушение и навсегда за второе.
  - я продал или обменял талоны на питание стоимостью $500 или больше, талоны на питание для меня могут быть остановлены навсегда.
  - я подал два или более заявления на получение талонов на питание одновременно и предоставил округу ложную информацию о месте жительства, мои льготы талонов на питание могут быть остановлены на 10 лет.

Сознавая свою ответственность за дачу ложных показаний по законам Соединенных Штатов Америки и штата Калифорния, я заявляю, что информация в этом заявлении правдива, правильна и предоставлена полностью.

ПОДПИСЬ (РОДИТЕЛЬ ИЛИ ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ РОДСТВЕННИК, ПРОСИТЕЛЬ MEDI-CAL, ВЗРОСЛЫЙ ЧЛЕН СЕМЬИ ПОЛУЧАЮЩИЙ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ, ПОЛУЧАЮЩИЙ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ)			ДАТА
ПОДПИСЬ (ДРУГОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПРОЖИВАЮЩИЙ В ДОМЕ. ЕСЛИ ПРОСИТЕ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ)	ДАТА	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ. (ЕСЛИ ОТМЕТКА ВМЕСТО ПОДПИСИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ЛИЦА. ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗА ПРОСИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ	ДАТА

COUNTY USE ONLY

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Immunizations						
Citizen/Eligible noncitizen						
School enrollment						
Pregnancy verif./ WIC Referral						
SSN						
Income—Applicant/Recipient test(s)						
SFIS						
TANF Time Limits						
CalWORKs Time Limits						

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Property/Resources—Within limits						
Work participation						
FSET						
ABAWDs						
CFAP						
Sponsored noncitizen Federal participation established (If "NO", explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation						

FOOD STAMP TESTS	YES	NO	NA
Categorically Eligible			
Gross Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Gross Income Eligible			
Separate HH Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Eligible for Separate HH Status			
Aged/Disabled			
DFA 285-C			

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)		
☐ ELIGIBLE ☐ DIVERSION ☐ REDETERMINATION ☐ EXEMPT MAP		AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE ☐ RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE