НАДАННЯ ВІДОМОСТЕЙ ДЛЯ ДОЛУЧЕННЯ ДО ПРОГРАМИ ДИТИНИ ВІКОМ ДО 16 РОКІВ

(додаткова заява та прохання про грошову (Cash Aid) та/або продовольчу (CalFresh) допомогу)

ІНСТРУКЦІЇ.
Заповніть цю форму в разі появи нової дитини в будинку та підпишіться в розділі сертифікації. Якщо вам не вистачить місця, прикріпіть додатковий аркуш паперу. Для кожної дитини заповнюйте окрему форму.

Якщо ви отримуєте грошову допомогу (Cash Aid) та бажаєте отримати допомогу для нової дитини, цю форму має заповнювати один із батьків, зареєстрований у штаті Каліфорнія співмешканець чи повнолітній родич-доглядальник.

У випадку з родинами" які отримують допомогу CalFresh та не отримують або не бажають отримувати грошову допомогу (Cash Aid), цю форму має заповнювати повнолітній член родини або вповноважений представник.

ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

1. Ім'я одного з батьків чи родича-доглядальника | **Телефон** ( )

2. Надайте всі відомості про цю дитину.

ДИТИНА ПОТРЕБУЄ ДОПОМОГИ ЧЕРЕЗ УСТАНОВІТЬ (✔) НИЖЧЕ

ІМ'Я ДИТИНИ (ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ, ПРІЗВИЩЕ)	ІМ'Я БАТЬКА/МАТЕРІ ЧИ РОДИЧА-ДОГЛЯДАЛЬНИКА	СМЕРТЬ БАТЬКІВ	ІНВАЛІДНІСТЬ БАТЬКІВ	ВІДСУТНІСТЬ БАТЬКІВ	БЕЗРОБІТТЯ БАТЬКІВ
НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ; СТАТЬ (✔) ☐Ч ☐Ж	ІМ'Я ІНШОГО З БАТЬКІВ				
ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ, ДЕНЬ, РІК)	МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО, РЕГІОН, КРАЇНА); ВАДИ ЗОРУ ЧИ СЛУХУ, ІНВАЛІДНІСТЬ ☐ТАК ☐НІ				
ТИП НЕОБХІДНОЇ ДОПОМОГИ (✔) ☐Грошова допомога ☐CalFresh	СТАТУС ГРОМАДЯНИНА (✔) ☐Громадянин/підданий США; ☐Негромадянин: наявність спонсора ☐ТАК ☐НІ				
РОДИННІ ЗВ'ЯЗКИ ІЗ ЗАЯВНИКОМ АБО РОДИЧЕМ-ДОГЛЯДАЛЬНИКОМ ДИТИНИ	ЯКЩО ВІК ДИТИНИ НЕ ПЕРЕВИЩУЄ 6 РОКІВ, ЧИ ЗРОБЛЕНО ЇЙ УСІ НЕОБХІДНІ ЩЕПЛЕННЯ? ☐ТАК ☐НІ ☐Старше 6 років				

AU | Non-AU | MFG Child ☐ Yes ☐ No | CF Non-HH Excl. Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:

WtW: | CF:

VERIF: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ Citizen ☐ SAVE ☐ Eligible Noncitizen ☐ Immun.

Alien Reg. No. | D.O.E.

3. Це прийомна дитина? ☐ТАК ☐НІ

A. Дитину направлено до вас на патронатне виховання за рішенням суду? ☐ТАК ☐НІ

B. Ви бажаєте, щоб дохід на дитину на патронатному вихованні та її виховання враховувалися під час розгляду справи CalFresh? ☐ТАК ☐НІ

C. Чи залучено дитину до плану медичного обслуговування? ☐ТАК ☐НІ

3A. ☐ Request dependency order
3B. ☐ CA and FC Elig/CR Chooses:
Child: ☐ CA ☐ FC
CR: ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP
3C. ☐ Medi-Cal ☐ Fee for Service

4. Чи отримувала дитину грошову або продовольчу (CalFresh) допомогу цього місяця? ☐ТАК ☐НІ
Якщо «**ТАК**», заповніть поля нижче.

ТИП ДОПОМОГИ	ДЕ (округ, штат)
☐Грошова допомога ☐CalFresh	

☐ Verification provided

5. Дитина отримує чи буде отримувати якийсь дохід, зокрема прибутки, додатковий прибуток за соціальним страхуванням або державні додаткові виплати (SSI/SSP), соціальні виплати, допомога на дитину, виплати за патронатне виховання, пільги для ветеранів тощо. Якщо «**ТАК**», заповніть поля нижче. ☐ТАК ☐НІ

ВИД ПРИБУТКУ	СУМА (до вирахувань, якщо наявні)	КОЛИ	ЧАСТОТА ВИПЛАТ
	$		

Цей прибуток продовжить надходити? ☐ТАК ☐НІ Якщо «НІ», поясніть усі відомі зміни.

☐ Verification provided
☐ FC Income Counted on CF Case ☐ YES ☐ NO
☐ CA Eligible for Higher MAP

Income		(✔) if exempt	
Unearned	Earned	CA	CF

6. A. Дитина вагітна або має дитину? ☐ТАК ☐НІ
Якщо «**ТАК**», позначте (✔) потрібне. ☐Вагітна ☐Має дитину

ОСВІТА, ПОЗНАЧТЕ (✔)
☐ Атестат про повну середню освіту ☐ Сертифікат про загальноосвітню підготовку ☐ Не відвідує навчальний заклад (поясніть)
☐ Відвідує навчальний заклад ☐ Інше (поясніть):

B. Дитина отримувала грошову премію чи підтримку або допомогу з догляду, на транспортування тощо за програмою Cal-Learn? ☐ТАК ☐НІ
Якщо «**ТАК**», заповніть поля нижче.

ДЕ (ОКРУГ)	ДЕ (ОКРУГ)

Verified:
☐ Referred to Cal-Learn Program
☐ CW 25
☐ QR 25A

CW 5 ☐ YES ☐ NO
Date Initiated _____

7. Батьки цієї дитини служили у збройних силах Сполучених Штатів? ☐ТАК ☐НІ
Якщо «**ТАК**», заповніть поля нижче.

ІМ'Я ОДНОГО З БАТЬКІВ	ГРОМАДЯНИН США	РІД ВІЙСЬК	ДАТИ СЛУЖБИ	ПОЧЕСНА ВІДСТАВКА
	☐ТАК ☐НІ			☐ТАК ☐НІ

CF: Honorable Discharge ☐ YES ☐ NO

8. Заповніть поля нижче, якщо потрібна допомога CalFresh для цієї дитини, яка <u>не є громадянином США</u>.

A. Скільки всього років ця дитина та/або її батьки живуть у США?

B. <u>Під час проживання в США</u> протягом скількох років ця дитина та/або її батьки заробляли гроші в США?

C. <u>Під час проживання поза межами США</u> протягом скількох років усього ця дитина та/або її батьки працювали в США або на компанію США?

		ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ
9. Чи має дитина власність або ресурси, такі як готівка, земельна ділянка, банківські рахунки, частка у трастових фондах, ощадні облігації, виплати корінним американцям на одну особу або частка в їхніх трастових фондах тощо? Якщо «**ТАК**», заповніть поля нижче.	☐ **ТАК** ☐ **НІ**	☐ Verification provided ☐ CA Restricted Account (✔) Check if exempt ☐ CA ☐ CF

ТИП РЕСУРСУ	НОМЕР РАХУНКУ/ ПОЛІСА	НАЗВА Й АДРЕСА БАНКУ ТОЩО	ПОТОЧНА СУМА
			$

10. Чи має дитина поліс страхування Medicare або медичну страховку, наприклад Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS тощо, яка оплачується батьками або роботодавцем батьків? Якщо «**ТАК**», перелічіть страховки.	☐ **ТАК** ☐ **НІ**	☐ Verification provided Health Coverage Code:
11. Чи була ця дитина звинувачена у злочині як повнолітня, а якщо так, чи переховується вона від правосуддя з метою уникнення судового процесу, арешту або ув'язнення у зв'язку з фактичним або можливим кримінальним злочином?	☐ **ТАК** ☐ **НІ**	
12. Чи суд коли-небудь визнавав цю дитину винною в порушенні режиму умовного засудження або умовно-дострокового звільнення?	☐ **ТАК** ☐ **НІ**	

	ТАК	**НІ**	
13. A. Якщо ви отримаєте грошову допомогу, члени вашої родини віком до 21 року, які відповідають вимогам, зможуть проходити профілактичний медичний огляд у рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP).			☐ CHDP brochure and explanation given ☐ CHDP Referral ☐ Date:
• Бажаєте дізнатися більше про послуги, що надаються в рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP)?			
• Чи потрібні вам безкоштовні медичні чи стоматологічні послуги в рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP)?			
• Чи потрібна вам допомога під час записування на прийом до лікаря або в транспортуванні до лікаря чи стоматолога?			☐ Referred for Immunization
B. Чи бажаєте ви докладніше дізнатися про послуги вакцинації?			☐ Other services referral
C. Вам потрібні відомості про недопускання дискримінації, консультування з питань алкоголізму чи наркоманії, витрати на медичні послуги в минулому тощо?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
D. Чи потребує вагітна допомога в пошуках лікаря, транспортуванні до медичного закладу тощо?			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
E. Чи хтось із ваших домочадців годує груддю?			☐ WIC referral
Якщо «**ТАК**», чи народилася дитина впродовж останніх 12 місяців?			☐ Family Planning info given Date Referred:
F. Ви бажаєте отримувати інформацію або послуги Клініки планування сім'ї з питань планування та запобігання небажаній вагітності?			

СЕРТИФІКАЦІЯ

Я усвідомлюю, що:

- **Якщо я свідомо надам недостовірні або неповні відомості чи факти, які впливають на моє право участі та грошові виплати, мене можуть оштрафувати, взяти під варту або ув'язнити. Розмір штрафу може досягати 10 000 $ (програма грошової допомоги) та 250 000 $ (CalFresh). Строк тюремного ув'язнення може становити до 3 років (програма грошової допомоги) і до 20 років (CalFresh). Пільги за програмою грошової або продовольчої (CalFresh) допомоги можуть призупинятися на період у 6 місяців, 12 місяців, 2 роки, 4 роки, 5 років, 10 років, 20 років або назавжди; а для Програми грошової допомоги біженцям – на 3 місяці і 6 місяців.**
- Моя справа може бути вибрана для перевірки правомірності надання допомоги. Я маю повністю співпрацювати з персоналом округу, штату або федеральними працівниками під час будь-якого аналізу контролю якості.
- Надана мною інформація буде перевірятися місцевими та федеральними працівниками, а також відомствами штату.
- Округ надсилатиме дані в Службу імміграції та громадянства США (USCIS) для підтвердження імміграційного статусу.
- Дані, які отримав округ від служби USCIS, можуть вплинути на моє право отримувати грошову та продовольчу (CalFresh) допомогу.
- Надана мною інформація перевірятиметься в податкових і соціальних службах, бюро зайнятості, шкільних округах та Адміністрації соціального забезпечення, щоб підтвердити право дитини на грошову та/або продовольчу (CalFresh) допомогу та встановити її правильну суму. За номером соціального забезпечення у картотеці правоохоронних органів буде здійснено запит на рахунок видавання ордерів на арешт.

Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих відомостей згідно із законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я стверджую, що інформація в цій заяві повна та правдива.

ОСОБА, ЩО МАЄ ПІДПИСАТИ ЦЮ ФОРМУ. **У випадку з програмою грошової допомоги Cash Aid:** ви і ваш чоловік/дружина, що отримує допомогу, зареєстрований цивільний партнер або батько/матір вашої дитини (для дітей, які отримують грошову допомогу), якщо вони проживають в одному будинку.
У випадку з програмою CalFresh: повнолітній член домогосподарства або вповноважений представник.

ПІДПИС РОДИЧА-ДОГЛЯДАЛЬНИКА ТА/АБО ДОРОСЛОГО ЧЛЕНА ДОМОГОСПОДАРСТВА, ЩО ОТРИМУЄ ДОПОМОГУ CALFRESH, ЧИ ВПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА	**ДАТА**
ПІДПИС ЧОЛОВІКА/ДРУЖИНИ, ЩО ОТРИМУЄ ГРОШОВУ ДОПОМОГУ, ЦИВІЛЬНИЙ ПАРТНЕР АБО МАТИ/БАТЬКО ДИТИНИ, ЯКА ОТРИМУЄ ГРОШОВУ ДОПОМОГУ, ЯКЩО ПРОЖИВАЄ В БУДИНКУ	**ДАТА**
ПІДПИС СВІДКА, ПЕРЕКЛАДАЧА АБО ІНШОЇ ОСОБИ, ЯКА ЗАПОВНЮЄ ФОРМУ	**ДАТА**

ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ

☐ INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION ☐ Informing (CW 101 / TEMP CW 101A) Regs Met: ☐ YES ☐ NO
☐ ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor	Date