ПОВІДОМЛЕННЯ ФАКТІВ ПРО ДОДАТКОВУ ОСОБУ

(*Додаткова форма для отримання талонів на харчування та прохання про надання грошової допомоги*)

ІНСТРУКЦІЇ: Заповніть цю форму, щоб повідомити нам про нову особу у будинку. Якщо вам потрібно більше місця для відповідей, додайте ще один листок паперу. Дайте відповіді на усі питання стосовно пільг, про які ви просите. “CA” - позначка для грошової допомоги, а “FS” - для талонів на харчування. Вони зазначені ліворуч від кожного запитання та позначають, якої саме програми стосуються запитання.

Якщо ви отримуєте грошову допомогу, і хочете отримувати допомогу на нову особу, ця форма повинна бути заповнена або дорослим родичем, який доглядає за будь-ким у будинку, що отримує грошову допомогу, або новою особою, якщо тільки вона не є дитиною.

Для родин, що отримують талони на харчування, але не отримують грошової допомоги, ця форма повинна бути заповнена членом родини, уповноваженим представником або новою особою.

БУДЬ ЛАСКА, ЗАПОВНЮЙТЕ РУЧКОЮ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ

COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME

WORKER NUMBER

DATE RECEIVED

CA FS (1) Ім'я особи, що заповнює форму (Ім'я, інші імена, прізвище)

CA FS (2) Вкажіть нову особу у будинку, включно з новонародженим.

ІМ'Я (Ім'я інші імена прізвище)

ГРОМАДЯНСЬКИЙ СТАТУС (✓)
☐ Громадянин США/американець за походженням
☐ Негромадянин: Має спонсора ☐ ТАК ☐ НІ

НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
- -

ДАТА НАРОДЖЕННЯ
- -

ВАГІТНА
☐ ТАК ☐ НІ

ЧИ ВІН/ВОНА Є БАТЬКОМ/МАТІР'Ю?
☐ ТАК ☐ НІ

МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (місто/штат/країна)

СТАТЬ (✓)
☐ Ч ☐ Ж

СІМЕЙНИЙ СТАТУС
☐ У шлюбі ☐ У шлюбі не був(ла)
☐ Проживає окремо від чоловіка/дружини
☐ Розлучений(а) ☐ Громадянський шлюб
☐ Вдівець (вдова)

СЛІПИЙ/ГЛУХИЙ/НЕПОВНОСПРАВНИЙ
☐ ТАК ☐ НІ

ОСВІТА (✓)
☐ Має сертифікат про закінчення середньої школи
☐ Сертифікат про освіту, що прирівнюється до середньої (GED)
☐ Відвідує школу
☐ Не відвідує школи (поясніть)

РОДИЧ ПОДАВАЧА/ДОГЛЯДАЛЬНИКА/ГОЛОВИ РОДИНИ?
Якщо “ТАК”, поясніть родинний стосунок: ☐ ТАК ☐ НІ

ІНШЕ ІМ'Я, ЩО ВИКОРИСТОВУВАЛОСЬ: (дівоче, прийняте тощо)

VERIFIED:	YES	NO
SSN		
FS ID		
Blind/Deaf/Disabled		
Residency		
DFA 285-C Comp.		
Referred to Cal-Learn		
CW 25 Completed		
CW 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen		
Sponsored		
SAVE		

Date of Entry to U.S._____

Excluded HH Member Code _____

Work/Training/WTW Code _____

CA FS (3) Чи він/вона подавав(ла) заяву на отримання або отримував(ла) пільги у минулому, такі як: грошова допомога, талони на харчування, допомога бездомним, допомога за програмою Medi-Cal, грошова допомога біженцям? Якщо "ТАК", поясніть: ☐ ТАК ☐ НІ

КОЛИ	ДЕ (округ, штат або країна)	ТИП ПІЛЬГ

CA (4) Чи є він/вона дитиною віком до 19 років? Якщо "ТАК”, заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ’Я МАТЕРІ (✔) мешкає вдома	ІМ’Я БАТЬКА (✔) мешкає вдома	Причина, чому батько/мати не мешкає вдома	Дитина потребує допомоги через те, що батько/мати (Відзначте усі відповідні квадрати)
			☐ Відсутній(ня) ☐ Безробітний(на) ☐ Недієздатний ☐ Помер(ла)
☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні		

VERIFIED: Deprivation ☐ YES ☐ NO

CA FS (5) Чи він/вона був(ла) на військовій службі США або чоловіком/дружиною, батьком/матір'ю чи дитиною особи, що була на військовій службі? Якщо "ТАК", поясніть: ☐ ТАК ☐ НІ

ВКАЖІТЬ ІМ'Я, РІД ВІЙСЬК ТОЩО

ЗВІЛЬНЕНИЙ У ЗАПАС З ПОЧЕСТЯМИ
☐ ТАК ☐ НІ

CW 5 ☐ YES ☐ NO

Date Initiated _____

CA (6) Чи він/вона на даний час живе у Каліфорнії і має намір надалі тут жити? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "НІ", поясніть:

COUNTY USE ONLY

☐ CalWORKs and FC Eligible/ CR Chooses:
Child: ☐ CalWORKs ☐ FC
CR: ☐ CalWORKs ☐ None

CA FS (7) A. Чи є він/вона прийомною дитиною, що проживає в домі? ☐ ТАК ☐ НІ

FS B. Чи хочете ви включити прийомну дитину **та** виплати на його/її утримання у справу за програмою талонів на харчування? ☐ ТАК ☐ НІ

CA FS (8) A. Виповнилось йому/їй 16 років чи більше, і чи зарахований він/вона до школи, коледжу або навчальної програми? Якщо "ТАК", заповніть нижче: Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

НАЗВА ШКОЛИ/КОЛЕДЖУ/НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ЯКЩО ЗАРАХОВАНИЙ, ЗАЗНАЧТЕ (✔) СТАТУС ☐ Повністю ☐ Частково ☐ Інше (вкажіть):	ОДИНИЦІ НАВЧАННЯ/ГОДИНИ НА ТИЖДЕНЬ	ОЧІКУВНА ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ НАВЧАННЯ	ПРАЦЮЄ? ☐ ТАК ☐ НІ

VERIFIED:
School Enrollment ☐ Yes ☐ No
FS Eligible Student ☐ Yes ☐ No

CA FS B. Заповніть нижче, якщо він/вона зарахована до коледжу чи відвідує подібний навчальний заклад.

ПЕРІОД ☐ Семестр ☐ Рік ☐ Квартал	НАВЧАННЯ/ВАРТІСТЬ НАВЧАННЯ ЗА ПЕРІОД $	КНИЖКИ, ОБЛАДНАННЯ ТОЩО ЗА ПЕРІОД $
ПРОЇЗД У ДВА БОКИ ДО ШКОЛИ/МІСЦЯ ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ (В МИЛЯХ)	КІЛЬКІСТЬ ДНІВ ВІДВІДУВАННЯ НА ТИЖДЕНЬ	ВИД ТРАНСПОРТУ
ВАРТІСТЬ ПРОЇЗДУ В ТИЖДЕНЬ $	СУМА, ЩО СПЛАЧУЄТЬСЯ УЧАСНИКАМИ CARPOOL $	ГРОМАДСЬКИЙ ТРАНСПОРТ (АВТОБУС ТОЩО) ЗА ДЕНЬ $

VERIFIED:
Expenses ☐ Yes ☐ No
Financial Aid ☐ Yes ☐ No

CA FS (9) Чи призупинялось надання йому/їй грошової допомоги або талонів на харчування на певний період часу або назавжди через: відмову у співпраці під час контрольного перегляду справи, санкції у зв'язку з роботою чи навчанням, або через шахрайство чи навмисне порушення правил програми (IPV)? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ЧОМУ	КОЛИ	ЯКИЙ ОКРУГ/ШТАТ

CA FS (10) **Чи будь-який член родини уникає чи переховується від правосуддя для уникнення покарання за скоєний злочин, арешту або тюремного ув'язнення після засудження, чи за порушення умов звільнення на поруки або дострокового звільнення?** Якщо "ТАК", зазначте ім'я цієї особи: ☐ ТАК ☐ НІ

CA FS (11) Чи будь-якого члена родини було засуджено за злочин, пов'язаний з наркотиками за зберігання, вживання, розповсюдження наркотичних речовин? Надайте факти для програми грошової допомоги - про засудження від 1/1/98 та пізніше; для програми талонів на харчування - про злочини та засудження після 8/22/96. Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я ЗАСУДЖЕНОЇ ОСОБИ	ДАТА ЗАСУДЖЕННЯ	ДАТА СКОЄННЯ ЗЛОЧИНУ

FS (12) Чи він/вона купує продукти та готує їжу окремо від інших в родині? ☐ ТАК ☐ НІ

Separate household eligible ☐ Yes ☐ No

FS (13) Чи він/вона досяг 60 років і не в змозі купляти продукти та готувати їжу окремо через неповносправність? ☐ ТАК ☐ НІ

Separate household eligible ☐ Yes ☐ No

FS (14) Чи він/вона платить за харчування та/або проживання? ☐ ТАК ☐ НІ

ВІДЗНАЧТЕ (✔) ☐ Харчування ☐ Проживання ☐ І те, й інше	СУМА $	ЯК ЧАСТО	КІЛЬКІСТЬ ПРИЙОМІВ ЇЖІ НА ДЕНЬ

Household Elects

BOARDER	HH MEMBER	ROOMER

FS (15) Чи він/вона отримує їжу за будь-якою з таких програм? ☐ ТАК ☐ НІ

- Громадські обіди для літніх людей та неповносправних
- Програма роздачі їжі, що проводиться резервацією американських індіанців
- Інша програма харчування

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

НАЗВА ПРОГРАМИ

COUNTY USE ONLY

(✔) if Exempt
☐ CA
☐ FS Adult
☐ FS Child

FS S/E Farmer ☐ Yes ☐ No

Verification(s) on file: ☐ Yes ☐ No

CA FS (16) Чи він/вона на даний час працює чи планує працювати протягом наступних двох місяців? Якщо "ТАК", заповніть нижче. Додайте корінці чеків або інші підтвердження заробітків. (Примітка: Якщо ви приватний підприємець, зазначте підприємницькі витрати на окремому листі та додайте до даної форми). ☐ ТАК ☐ НІ

ПРАЦЕДАВЕЦЬ ІМ'Я	ПРИВАТНИЙ ПІДПРИЄМЕЦЬ ☐ ТАК ☐ НІ	РІД ЗАНЯТЬ	ДНІ/ГОДИНИ, ВІДПРАЦЬОВАНІ ЗА МІСЯЦЬ
ДАТА(И) ЗАРПЛАТИ	СУМА ДО ВИРАХУВАНЬ $ за	ЧАЙОВІ АБО КОМІСІЙНІ ☐ ТАК Сума $ ☐ НІ	

CA FS (17) A. Чи він/вона платить комусь за догляд за дитиною, дорослою неповносправною особою чи іншим утриманцем, щоб отримати змогу працювати або навчатися чи шукати роботу? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я ОСОБИ, ЩО ОТРИМУЄ ДОГЛЯД	ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ДОГЛЯДАЄ	МІСЯЧНА ОПЛАЧУВАНА СУМА
		$
ІМ'Я ОСОБИ, ЩО ОТРИМУЄ ДОГЛЯД	ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ДОГЛЯДАЄ	МІСЯЧНА ОПЛАЧУВАНА СУМА
		$

Child Care Informing Given to Client:

Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Dependent Care Eligible

CA	FS
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

CA FS B. Чи отримує він/вона відшкодування на витрати по догляду за дітьми? Включіть витрати, оплачені родичем або другом, Департаментом освіти, студентською допомогою, одноразовою субсидією, програмами Cal-Learn, TCC, NET, WTW, SCC, CAAP тощо. Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я ДИТИНИ	ХТО ОПЛАЧУЄ	МІСЯЧНА ОПЛАЧУВАНА СУМА
		$
ІМ'Я ДИТИНИ	ХТО ОПЛАЧУЄ	МІСЯЧНА ОПЛАЧУВАНА СУМА
		$

CA FS (18) Чи він/вона перестав(ла) чи відмовився(лась) від роботи або навчання протягом останніх 60 днів? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

	YES	NO
Emp. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

☐ CA: 30 days

☐ FS: 60 days

ІМ'Я ТА АДРЕСА ПРАЦЕДАВЦЯ/НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ	Чи дана особа отримувала або планувала отримувати зарплату чи пільги цього місяця? Якщо "ТАК", заповніть нижче. ☐ ТАК ☐ НІ	
	ОСТАННЯ ОТРИМАНА ЗАРПЛАТА (ДАТА)	СУМА ДО ВИРАХУВАНЬ $
	ОЧІКУВАНА ЗАРПЛАТА (ДАТА)	СУМА ДО ВИРАХУВАНЬ $
КІЛЬКІСТЬ ГОДИН РОБОТИ/НАВЧАННЯ Попереднього місяця_____ Цього місяця_____	ОСТАННІЙ ДЕНЬ РОБОТИ/НАВЧАННЯ	ЧАЙОВІ АБО КОМІСІЙНІ ☐ ТАК Сума $ ☐ НІ
	ПРИЧИНА ЗВІЛЬНЕННЯ З РОБОТИ/ПРИПИНЕННЯ НАВЧАННЯ	

CA FS (19) Чи він/вона бере участь у страйку? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

Striker Regs Apply

CA	FS
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

ІМ'Я ТА АДРЕСА ПРАЦЕДАВЦЯ/НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ	НАЗВА ПРОФСПІЛКИ
	ДАТА ПОЧАТКУ СТРАЙКУ
	СУМА МІСЯЧНОГО ЗАРОБІТКУ ДО ВИРАХУВАНЬ НА ДАНІЙ РОБОТІ ПЕРЕД СТРАЙКОМ $

FS (20) Чи він/вона сплачує аліменти на дитину або чоловіка/дружину? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

Court Order on File ☐ Yes ☐ No

Amount Ordered $

ІМ'Я ДИТИНИ АБО ЧОЛОВІКА/ДРУЖИНИ	СУМА У МІСЯЦЬ	ПРИЗНАЧЕНІ СУДОМ
	$	☐ ТАК ☐ НІ

CA FS (21) Чи він/вона подавав(ла) заяву на отримання чи отримував(ла) інші пільги протягом останніх 12 місяців, такі як: Соціальне страхування, Допомога з безробіття/інвалідності, грошова допомога, аліменти на утримання дитини/чоловіка/дружини, пільги ветеранам, безкоштовне житло, безкоштовні комунальні послуги тощо? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ТИП ПІЛЬГ	СУМА	ДАТА ПОДАННЯ ЗАЯВИ	ДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)	ДАТА ОСТАННЬОГО ОТРИМАННЯ	ЯК ЧАСТО (щотижнево, щомісячно тощо)	ОЧІКУВНА ДАТА ПОЧАТКУ ТА КІНЦЯ	(✓) if Exempt CA	FS
	$					ПОЧАТОК:		
						КІНЕЦЬ:		

COUNTY USE ONLY

Home Exempt ☐ Yes ☐ No

Other Real Property
Market Value $_____
Amount Owed $_____
Net Value $_____
Lien Applicable ☐Yes ☐No

CA FS (22) Чи він/вона володіє або купує будь-яку нерухомість, як-от землю та/чи будівлі у будь-якому місці, в тому числі за межами США? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ТИП (ЗЕМЛЯ, БУДИНОК, КВАРТИРА ТОЩО)	ВИКОРИСТАННЯ (ДЛЯ ПРОЖИВАННЯ, ОРЕНДИ ТОЩО)	АДРЕСА АБО МІСЦЕ РОЗТАШУВАННЯ	ОЦІНОЧНА ВАРТІСТЬ	СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ
			$	$

CA FS (23) A. Чи він/вона має доступ до таких ресурсів? Якщо "ТАК" відзначте (✓) кожен пункт і поясніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

РЕСУРС	ТАК	НІ	РЕСУРС	ТАК	НІ
Чеки або готівка (вдома або в іншому місці)			Трастові фонди		
Чековий/депозитний рахунок/ рахунок кредитної спілки			Акції, облігації, сертифікати, IRAs (індивідуальний пенсійний рахунок), Пенсійні фонди		
Розписки, застави, трастові договори, договори купівлі-продажу			Інше (перелічіть нижче)		

ТИП РЕСУРСУ АДРЕСА БАНКУ ТОЩО	ВЛАСНИК ЧИННА ВАРТІСТЬ	НОМЕР РАХУНКА/ПОЛІСА		НАЗВА ТА	(✓) if Exempt CA	FS
				$		
				$		

CA FS B. Чи він/вона отримує дохід з інших джерел, таких як відсотки, дивіденди тощо? Якщо "ТАК", зазначте кожен пункт та поясніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ДЖЕРЕЛО КОШТІВ	СУМА	ЯК ЧАСТО
	$	
	$	

CA FS (24) Чи він/вона володіє, здає в оренду або використовує будь-який транспортний засіб, такий як автомобіль, вантажівка, човен, трейлер, фургон, дім на колесах, позашляховик (квадроцикл), мотоцикл, гідроцикл, водний мотоцикл тощо? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

(✓) If Exempt Leased ☐ Exempt ☐ Leased | Vehicle Valuation

ІМ'Я ВЛАСНИКА ЯКЩО В ОРЕНДІ, ВІЗНАЧТЕ (✔)	ЯК ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ	РІК, МАРКА, МОДЕЛЬ	НОМЕР ВОДІЙСЬКИХ ПРАВ ТА ШТАТ, В ЯКОМУ ЗАРЕЄСТРОВАНО	ЗАРЕЄСТРОВАНО (✔)	ОЦІНОЧНА ВАРТІСТЬ	СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ
☐ В оренді				☐ Так ☐ Ні	$	$

CA FS (25) Чи він/вона має або користується <u>особистим майном</u>, яке вартує принаймні $100,00 за кожен предмет, або яке на даний момент коштує принаймні $100,00 кожен, а саме: ювелірні вироби, обладнання, інструменти, худоба тощо? **Не** зазначайте одяг, обручки, килими, меблі, побутову техніку та інші речі домашнього побуту. Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately
Net Market Value
$ _____

ВЛАСНИК НАЗВА ПРЕДМЕТА	НАЗВА ПРЕДМЕТА	ДАТА ПОКУПКИ	КУПІВЕЛЬНА ЦІНА АБО ЧИННА ВАРТІСТЬ	СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ
			$	$
			$	$

CA FS (26) Чи він/вона продав(ла), передав(ла) чи віддав(ла) будь-яку особисту власність чи нерухомість за останні 2 роки - для програми грошової допомоги та за останні 3 місяці - для програми талонів на харчування? Якщо "ТАК", поясніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

Closed Bank Accounts:
☐ Food Stamps in last 3 months

CA (27) Чи він/вона має якусь із зазначених страховок: життя, похоронну, з інвалідності або заставу? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

Total CSV
(1) _____
(2) _____
Total Countable Property:
Items 22-27
CA $ _____
FS $ _____

НАЗВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ (ІМ'Я)	НОМЕР ПОЛІСУ	ПЛАТІЖ, СПЛАЧЕНИЙ	СПЛАЧЕНА СУМА
			$

CA FS (28) Чи він/вона має медичну чи лікарняну страховку, включно зі страховкою сплаченою працедавцем або відсутнім батьком/матір'ю, таку як: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, Medicare тощо? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Health Care Options Explanation Given
Referral _____
NA _____
☐ DHS 6155
☐ DFA 285-C
Medicare Gross Premium
$_____

НАЗВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ	ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ	СУМА ПЛАТЕЖУ	ЯК ЧАСТО ВНОСИТЬСЯ
		$	

CA (29) Чи отримував він/вона медичні послуги або послуги у зв'язку з вагітністю цього місяця або протягом трьох попередніх місяців? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ІМ'Я ОСОБИ, ЩО ОТРИМУВАЛА ПОСЛУГИ	МІСЯЦІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ	ЧИ БУЛА ЗДІЙСНЕНА ОПЛАТА ЗА ПОСЛУГИ?		ЧИ БАЖАЄТЕ ПОСЛУГИ ЗА ПРОГРАМОЮ MEDI-CAL ЗА ЦІ МІСЯЦІ?	
		ТАК	НІ	ТАК	НІ

COUNTY USE ONLY

Retro Medi-Cal
Requested ☐ Yes ☐ No
Approved ☐ Yes ☐ No

CA (30) Чи має він/вона медичну страховку, надану батьками, працедавцем або відсутнім батьком/матір'ю, прохання про надання якої не подавалось? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

НАЗВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ	СУМА ПЛАТЕЖУ	ЯК ЧАСТО ВНОСИТЬСЯ
	$	
	$	

☐ DHS 6155

CA FS (31) Чи він/вона має інвалідність через травму або нещасний випадок, яка заважає працювати або задовольняти свої потреби? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ТИП ПРОБЛЕМИ	ДАТА ПОЧАТКУ ПРОБЛЕМИ	ОЧІКУВНА ДАТА ОДУЖАННЯ

VERIFIED:
Higher/Lower MAP ☐ Yes ☐ No
Special Need ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

CA FS (32) A. Чи він/вона має медичний стан чи обставини, які вимагають одного з нижче наведеного? Відзначте (✓) ТАК або НІ для кожного пункту:

	ТАК	НІ		ТАК	НІ
Спеціальна дієта, призначена лікарем			Значне використання комунальних послуг		
Особливі потреби у транспортуванні			Особливі послуги пральні		
Спеціальний телефон або інше обладнання			Інше (зазначте):		
Домашня робота (ніхто в домі не може її виконувати)					

Якщо "ТАК", поясніть:

CA Special Need
☐ Yes ☐ No
Amount $_____
VERIFIED:
CA ☐ Yes ☐ No
FS ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

CA FS B. Чи він/вона отримує послуги програми по догляду вдома (IHSS)? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо"ТАК", скільки він/вона сплачує щомісяця? $_____

☐ DFA 285-C

CA (33) Доступні такі послуги. Відповіді на ці запитання про вас або члена вашої сім'ї не вплинуть на ваше право на отримання пільг.

Відзначте (✓) ТАК або НІ для кожного пункту.

	ТАК	НІ
A. Регулярні медогляди для захисту здоров'я вашої сім'ї доступні за вашою вимогою через Програму охорони здоров'я дітей та запобігання інвалідності (CHDP) для членів вашої сім'ї, що мають на них право та не досягли 21-річного віку.		
• Чи хочете ви отримати більше інформації про послуги CHDP?		
• Чи хочете ви отримувати медичні послуги за програмою CHDP?		
• Чи хочете ви отримувати послуги стоматолога за програмою CHDP?		
• Чи потрібна вам допомога для призначення прийому або транспортування для отримання послуг за програмою CHDP?		
B. Якщо будь-який член сім'ї вагітний, ви можете отримати допомогу з пошуку лікаря, отриманні здорової їжі та іншу допомогу. Чи хочете ви поговорити з кимось про таку допомогу?		
C. Чи є у сім'ї матері, що годують дітей грудьми?		
Якщо "ТАК", чи народилась ця дитина протягом останніх 12 місяців?		
Якщо ви відзначили відповіді "ТАК" на питання (33)B або C, ви можете мати право на отримання послуг, що надаються програмою додаткового харчування, для жінок, немовлят та дітей (WIC).		
D. Чи ви або член вашої родини хоче отримувати безкоштовні чи дешеві послуги з планування сім'ї? Якщо "ТАК", зверніться до вашого медичного страхового агента або до звичайного лікаря.		
Або, для отримання інформації про конфіденційні клініки з планування сім'ї зателефонуйте за безкоштовним номером 1-800-942-1054.		

☐ CHDP Brochure and Explanation Given
Date: _____
☐ Referral

☐ Pregnant
☐ Parent or Guardian of child under 5
☐ Breastfeeding
☐ Postpartum
☐ WIC referral

☐ Family Planning Information Given
☐ Referred Date _____

ПОСВІДЧЕННЯ

Я розумію, що:

- Надана мною інформація, включно з інформацією про пільги та дохід, буде звірятися з даними округу, штату та федеральними даними таких джерел, як працедавці, управління соціального страхування, податкове управління, управління соціального забезпечення та зайнятості, відвідування школи тошо. А для програми грошової допомоги та талонів на харчування інформація звірятиметься з даними правоохоронних установ про наянвість ордерів на арешт.
- Уся надана мною інформація, включно з інформацією про пільги та дохід, може переглядатись та перевірятись персоналом округу, штату та держави, і, якщо мною надано неправдиву інформацію, призначення мені грошової допомоги, талонів на харчування або пільг за програмою Medi-Cal буде відхилено або припинено.
- Мою справу можуть вибрати для перегляду для визначення того, чи моє право на отримання пільг було належним чином визначено, і я маю повністю допомагати персоналу округу, штату або федерації у бідь-якому розслідуванні або перегляді, включно з переглядом якості наданих послуг.
- Округ надішле інформацію у Відділ імміграції та натуралізації (INS) для перевірки імміграційного статусу; інформація, яку округ отримає від INS, може вплинути на моє право на отримання грошової допомоги, талонів на харчування та усіх послуг за програмою Medi-Cal. Однак, якщо я подаю заяву на отримання послуг тільки за програмою Medi-Cal, TA якщо я не є (a) іноземцем, що постійно проживає у США на законних підставах (LPR), (b) іноземцем, що залишився у країні за амністією і має дійсний і не прострочений дозвіл I-688, або (c) іноземцем, що постійно проживає у США за дозволом уряду (PRUCOL), округ не надсилатиме інформацію до INS.
- Я мушу подати заяву на отримання та користуватися будь-якою медичною страховкою, якщо я не повинен(на) за неї платити; якщо я цього не роблю, надання мені послуг за програмою Medi-Cal може бути відхилено або призупинено.
- Я або інші члени моєї сім'ї повинні будуть відшкодувати будь-яку грошову допомогу, отримну без належних на те підстав.
- Родина, що отримує талони на харчування, будь-який дорослий член родини, яка отримує талони на харчування (навіть якщо він/вона виїжджає), спонсор члена родини, що не має громадянства, або уповноважений представник тих, хто проживає у відповідних установах, можуть бути зобов'язані відшкодувати пільги, які родина отримала без належних на те підстав.
- Будь-який член родини, який уникає або переховується від правосуддя для уникнення судового переслідування, арешту або ув'язнення після засудження, або який порушує умови звільнення на поруки або дострокового звільнення, не може отримати грошову допомогу чи талони на харчування.
- Будь-яка особа, яка скоїла і була засуджена за злочин, пов'язаний з наркотиками, за зберігання, вживання або розповсюдження наркотичних речовин після 22 серпня 1996, не може отримати талони на харчування, та якщо засуджена після 1 січня 1998 - не може отримувати грошову допомогу.
- Для грошової допомоги та талонів на харчування округ вимагатиме, щоб у мене та певних членів родини зняли відбитки пальців та сфотографували. Якщо ми не будемо співпрацювати, нам може бути відмовлено або припинено надання пільг.

Я також розумію, що:

Мене буде дискваліфіковано та/чи оштрафовано за шахрайство з метою отримання соціального забезпечення, якщо я навмисно повідомлю неправдиву інформацію, яка впливає на моє право на отримання пільг або суму грошової допомоги, талонів на харчування або послуг за програмою Medi-Cal.

Для грошової допомоги:

- Якщо я навмисно не дотримуватимусь правил програми грошової допомоги, мене може бути оштрафовано на суму до $10000,00 та/або ув’язнено на строк до 3 років. Надання мені грошової допомоги буде припинено:
  - За неподання усієї інформації або за подання неправильної інформації: 6 місяців - за перше порушення, 12 місяців - за друге порушення, або назавжди - за третє порушення; та для програми грошової допомоги біженцям - 3 місяці за перше та 6 місяців за кожне наступне порушення.
  - За подання однієї або більше заяв для отримання допомоги кілька разів за один і той же період: 2 роки - за перше порушення, 4 - роки за друге порушення, назавжди - за третє порушення.
  - За засудження за шахрайство з метою отримання допомоги: 2 роки - за крадіжку суми до $2000,00 5 років - за крадіжку суми від $2000,00 до $4999,99; назавжди - за крадіжку сум понад $5000,00.
  - За надання округу підроблених підтверджень місця проживання з метою отримання допомоги у двох та більше округах або штатах в один і той же час; надання округу неправдивої інформації про дитину, що не має права на отримання допомоги, або про дитину, якої не існує; отримання пільг готівкою на суму понад $10000,00 шляхом шахрайства; за третє засудження за шахрайство судом або адміністративним органом: назавжди.

Для талонів на харчування:

- Якщо я навмисно порушую правила програми талонів на харчування, надання мені талонів на харчування може бути припинено на 12 місяців - за перше порушення, 24 місяці - за друге порушення, назавжди - за третє порушення. Також мене може бути оштрафовано на суму до $250000,00 та/або ув’язнено на строк до 20 років.
- Якщо мене визнають винним у будь-якому суді за те, що:
  - Я обмінював(ла) або продавав(ла) талони на харчування за зброю, боєприпаси або вибухівку, надання мені талонів на харчування може бути припинено назавжди за перше порушення.
  - Я обмінював(ла) або продавав(ла) талони на харчування за наркотичні речовини, надання мені талонів на харчування може бути припинено на 24 місяці - за перше порушення та назавжди - за друге.
  - Я обмінював(ла) або продавав(ла) талони на харчування на суму $500,00 та більше, надання мені талонів на харчування може бути припинено назавжди.
  - Я подав(ла) одночасно дві або більше заяви на отримання пільг за програмою талонів на харчування та надав округу неправдиву інформацію про особу або місце проживання, надання мені пільг за програмою талонів на харчування може бути припинено на 10 років.

Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень за законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я стверджую, що інформація, що міститься у даній формі, є правдивою, правильною та повною.

ПІДПИС (БАТЬКО/МАТИ АБО РОДИЧ, ЩО ДОГЛЯДАЄ ЗА ДИТИНОЮ, ПОДАВАЧ ЗАЯВИ НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ ЗА ПРОГРАМОЮ MEDI-CAL, ДОРОСЛИЙ ЧЛЕН РОДИНИ, ЩО ОТРИМУЄ ТАЛОНИ НА ХАРЧУВАННЯ АБО ЇЇ УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК)

ПІДПИС (ІНШИЙ БАТЬКО/МАТИ, ЩО ПРОЖИВАЄ У БУДИНКУ, ЯКЩО ПОДАЄТЕ ЗАЯВУ НА ОТРИМАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ)	ДАТА	ПІДПИС СВІДКА, ЯКЩО ЗНАЧОК ЗАМІСТЬ ПІДПИСУ, ПЕРЕКЛАДАЧА АБО ОСОБИ, ЩО ДІЄ ВІД ІМЕНІ ПОДАВАЧА/ ВИГОДОНАБУВАЧА	ДАТА