ФОРМА ПОВТОРНОЇ СЕРТИФІКАЦІЇ ДЛЯ РОДИН, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ЛИШЕ ТАЛОНИ НА ХАРЧУВАННЯ (NAFS)

Ця форма буде використовуватись замість форми DFA 285-A1/A2 "Заява на отримання талонів на харчування для родин, які отримують лише талони на харчування" та які підлягають Квартальній звітності/Перспективному розрахунку.

Нижче вкажіть персональні дані для особи, що просить про пільги за програмою талонів на харчування.

Заповніть якомога більше пунктів даної форми, поставте підпис на 5 сторінці та поверніть її в місцевий офіс програми талонів на харчування. Нам потрібно знати принаймні ваше ім'я, адресу та отримати ваш підпис. **Якщо у вас немає грошей на їжу, ви можете отримати термінові пільги за програмою талонів на харчування протягом трьох (3) днів.**

Вам потрібно відповісти на усі запитання в цій формі для повторної сертифікації.

ІМ'Я (ІМ'Я, ІНІЦІАЛИ, ПРІЗВИЩЕ)	КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: ( )
ДОМАШНЯ АДРЕСА (НОМЕР, ВУЛИЦЯ)	ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ)
МІСТО ШТАТ ІНДЕКС	МІСТО ШТАТ ІНДЕКС

COUNTY USE ONLY

Ви бездомні? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "ТАК", чи ви тимчасово перебуваєте у чийомусь домі? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "ТАК", повідомте дату початку перебування у цьому домі: _____

ПРИСКОРЕНЕ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ

1. Чи в родині хтось є мігрантом або сезонним сільськогосподарським працівником? ☐ ТАК ☐ НІ
   a. Яка сума вашої орендної плати або застави цього місяця? $ _____
   b. Скільки цього місяця коштують ваші комунальні послуги, якщо ви оплачуєте їх окремо від оренди та застави? $ _____
   c. Скільки грошей у вас є? Це включає гроші на банківських рахунках, у вашому домі або будь-якому іншому місці. $ _____
   d. Чи ви маєте або будете мати будь-який доходи цього місяця? ☐ ТАК ☐ НІ
   Зазначте нижче увесь дохід вашої родини:

ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ОТРИМУЄ ГРОШІ	СКІЛЬКИ В МІСЯЦЬ?
	$
	$

Заповніть пункти A, B і C нижче. Якщо ви не заповните цей розділ самі, округ зробить це за вас. Відзначте усе, що стосується вас. ЦЕ НЕ ВПЛИНЕ НА ВАШЕ ПРАВО ОТРИМУВАТИ ПІЛЬГИ.

A. МОВНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ

Ви латиноамериканець? ☐ ТАК ☐ НІ

B. РАСОВЕ/ЕТНІЧНЕ ПОХОДЖЕННЯ *(Виберіть, скільки потрібно, з нижчевказаного:)*

☐ Американський індіанець або уродженець Аляски ☐ Чорний або афроамериканець

☐ Азіат (Якщо так, виберіть, скільки потрібно, з нижчевказаного)
☐ Філіпінець ☐ Китаєць ☐ Японець ☐ Кореєць ☐ В'єтнамець ☐ Азійський індус
☐ Камбоджиєць ☐ Лаосець ☐ Інший житель Азії *(зазначте)* _____

☐ Гаваєць або житель ін. тихоокеанських островів *(Якщо так, виберіть, скільки потрібно, з нижчевказаного)*
☐ Уродженець ☐ аваїв ☐ Уродженець Гуама ☐ Самоанець ☐ Інше *(зазначте)* _____

☐ Білий

C. РІДНА МОВА

☐ Англійська ☐ Іспанська ☐ Лаоська ☐ Тагалогська ☐ американська мова жестів
☐ Кантонський діалект ☐ Камбоджийська ☐ В'єтнамська ☐ Російська
☐ Інша *(зазначте)* _____

2. Вкажіть усіх осіб, що проживають у будинку, включно з вами. Якщо потрібно, додайте окремий листок паперу.

ІМ'Я:	№ соц. страх. (SSN):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РОДИННИЙ СТОСУНОК:
			ГОЛОВА РОДИНИ

Відзначте усе, що стосується вас:
☐ Громадянин/уродженець США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Спонсорований: ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	№ соц. страх. (SSN):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РОДИННИЙ СТОСУНОК:

Відзначте усе, що стосується вас: Ви хочете, щоб ця особа мала картку EBT і купувала вам їжу? ☐ ТАК ☐ НІ
☐ Громадянин/уродженець США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Спонсорований: ☐ ТАК ☐ НІ
Чи ви купуєте та готуєте їжу з цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	№ соц. страх. (SSN):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РОДИННИЙ СТОСУНОК:

Відзначте усе, що стосується вас: Ви хочете, щоб ця особа мала картку EBT і купувала вам їжу? ☐ ТАК ☐ НІ
☐ Громадянин/уродженець США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Спонсорований: ☐ ТАК ☐ НІ
Чи ви купуєте та готуєте їжу з цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	№ соц. страх. (SSN):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РОДИННИЙ СТОСУНОК:

Відзначте усе, що стосується вас: Ви хочете, щоб ця особа мала картку EBT і купувала вам їжу? ☐ ТАК ☐ НІ
☐ Громадянин/уродженець США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Спонсорований: ☐ ТАК ☐ НІ
Чи ви купуєте та готуєте їжу з цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	№ соц. страх. (SSN):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РОДИННИЙ СТОСУНОК:

Відзначте усе, що стосується вас: Ви хочете, щоб ця особа мала картку EBT і купувала вам їжу? ☐ ТАК ☐ НІ
☐ Громадянин/уродженець США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Спонсорований: ☐ ТАК ☐ НІ
Чи ви купуєте та готуєте їжу з цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	№ соц. страх. (SSN):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РОДИННИЙ СТОСУНОК:

Відзначте усе, що стосується вас: Ви хочете, щоб ця особа мала картку EBT і купувала вам їжу? ☐ ТАК ☐ НІ
☐ Громадянин/уродженець США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Спонсорований: ☐ ТАК ☐ НІ
Чи ви купуєте та готуєте їжу з цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	№ соц. страх. (SSN):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РОДИННИЙ СТОСУНОК:

Відзначте усе, що стосується вас: Ви хочете, щоб ця особа мала картку EBT і купувала вам їжу? ☐ ТАК ☐ НІ
☐ Громадянин/уродженець США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Спонсорований: ☐ ТАК ☐ НІ
Чи ви купуєте та готуєте їжу з цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	№ соц. страх. (SSN):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РОДИННИЙ СТОСУНОК:

Відзначте усе, що стосується вас: Ви хочете, щоб ця особа мала картку EBT і купувала вам їжу? ☐ ТАК ☐ НІ
☐ Громадянин/уродженець США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Спонсорований: ☐ ТАК ☐ НІ
Чи ви купуєте та готуєте їжу з цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	№ соц. страх. (SSN):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РОДИННИЙ СТОСУНОК:

Відзначте усе, що стосується вас: Ви хочете, щоб ця особа мала картку EBT і купувала вам їжу? ☐ ТАК ☐ НІ
☐ Громадянин/уродженець США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Спонсорований: ☐ ТАК ☐ НІ
Чи ви купуєте та готуєте їжу з цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	№ соц. страх. (SSN):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РОДИННИЙ СТОСУНОК:

Відзначте усе, що стосується вас: Ви хочете, щоб ця особа мала картку EBT і купувала вам їжу? ☐ ТАК ☐ НІ
☐ Громадянин/уродженець США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Спонсорований: ☐ ТАК ☐ НІ
Чи ви купуєте та готуєте їжу з цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

3. Чи хтось живе у нижчевказаних умовах або бере участь у програмі талонів на харчування включно з нижченаведеними? (відзначте усе, що стосується вас) ☐ ТАК ☐ НІ

- ☐ Притулок для бездомних
- ☐ Виправна установа
- ☐ Реабілітаційний центр для алкоголе-/наркозалежних
- ☐ Програма роздачі їжі
- ☐ Резервація для американських індіанців
- ☐ Тюрма
- ☐ Притулок для жінок-жертв домашнього насильства
- ☐ Психіатрична лікарня/установа для душевно хворих

Якщо "Так", заповніть нижче:

ІМ'Я:	НАЗВА ЦЕНТРУ / ПРИТУЛКУ / ПРОГРАМИ ХАРЧУВАННЯ ТОЩО	ДАТА ПОСТУПЛЕННЯ	ДАТА ОЧІКУВАНОЇ ВИПИСКИ

4. Чи платите ви комусь або хтось платить вам за їжу та/чи проживання? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "Так", заповніть нижче:

ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ПЛАТИТЬ ЗА ЇЖУ/ ПРОЖИВАННЯ	ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА НАДАЄ ЇЖУ / ЖИТЛО	ВІДЗНАЧТЕ: (✔)	СКІЛЬКИ?	ЯК ЧАСТО?	К-СТЬ ПРИЙОМІВ ЇЖІ В ДЕНЬ
		☐ Їжа ☐ Житло ☐ Обидва			

5. Чи хтось, хто досяг 16-річного віку, відвідує школу, коледж або навчальну програму? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "Так", заповніть нижче:

ІМ'Я ОСОБИ	НАЗВА ШКОЛИ	ВІДВІДУВАННЯ	К-СТЬ НАВЧАЛЬНИХ ПРЕДМЕТІВ У СЕМЕСТР/ ЧВЕРТЬ	ПРАЦЮЄ
		☐ Повний день ☐ Півдня ☐ Інше		☐ ТАК ☐ НІ **Кількість годин:**
		☐ Повний день ☐ Півдня ☐ Інше		☐ ТАК ☐ НІ **Кількість годин:**

6. Чи хтось у родині не може купувати чи готувати їжу, бо він/вона сліпий(-а), глухий(-а), неповносправний(-а)? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "Так", заповніть нижче:

ІМ'Я	ПОЯСНІТЬ

7. Чи є в родині вагітні жінки? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "Так", заповніть нижче:

ІМ'Я	ОЧІКУВНА ДАТА РОДІВ

8. Чи ви або хтось, хто проживає у будинку, має витрати на проживання? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "Так", заповніть нижче:

ВИТРАТИ НА ЖИТЛО	ЗАГАЛЬНА СУМА	СКІЛЬКИ ПЛАТИТЕ ВИ?	СКІЛЬКИ СПЛАЧУЮТЬ ПРОГРАМИ ОРЕНДНОЇ ДОПОМОГИ (НАПРИКЛАД, HUD, SECTION 8, ТОЩО)?	ЯКЩО ПЛАТИТЬ ЩЕ ХТОСЬ, ТО СКІЛЬКИ?	ЯК ЧАСТО ВИСТАВЛЯЮТЬСЯ РАХУНКИ?
Орендна плата					
Оплата *(застава)* за житло					
Податки на майно *(якщо не включені в оплату за житло)*					
Страхування *(якщо не включені в оплату за житло)*					
Інше *(поясніть):*					

9a. Чи оплачує хтось комунальні послуги? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "ТАК", відзначте усі нижче наведені пункти, які стосуються вас.

Газ		Вивезення сміття	
Електрика		Каналізація	
Інше паливо (*наприклад, пропан, бутан, дрова, вугілля тощо)*		Телефон/інші засоби зв'язку, наприклад, інтернет тощо	
Водопостачання		Інше (поясніть)	

9b. Чи ви користуєтеся газом, електрикою чи іншим паливом для обігріву або охолодження? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "ТАК", відзначте нижче.

Комунальна послуга	**Використовується для обігріву чи охолодження?**
Газ	☐ ТАК ☐ НІ
Електрика	☐ ТАК ☐ НІ
Інше паливо	☐ ТАК ☐ НІ

10. Чи хтось, включно з дітьми, має будь-які нижче наведені ресурси? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "ТАК", поясніть нижче:

- Готівка або чеки
- Застави
- Відтермінована виплата зарплати
- Індивід. пенсійні рахунки (IRA) або пенсійні плани для приватних підприємців (Keogh Plans)
- Пенсійні фонди
- Депозитний сертифікат
- Поточні або ощадні рахунки
- Права на розробку нафти, вугілля, ін копалин
- Угоди купівлі-продажу
- Трастові фонди
- Акції, облігації
- Депозитні рахунки грошового ринку
- Рахунки кредитних спілок
- Інше

ТИП РЕСУРСУ	ВЛАСНИК	ЧИННА ВАРТІСТЬ	НОМЕР РАХУНКУ (ЯКЩО Є)	НАЗВА ТА АДРЕСА БАНКУ	НОМЕР РАХУНКУ

11. Чи хтось з родини володіє або купує нерухомість *(в або за межами Сполучених Штатів)?* ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "Так", заповніть нижче:

ТИП	**АДРЕСА АБО МІСЦЕ РОЗТАШУВАННЯ**	**ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ДЛЯ:** ☐ **ЖИТЛА** ☐ **ОРЕНДИ**	**ВЛАСНИК:**	**ОЦІНОЧНА ВАРТІСТЬ:** **СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ:**
ТИП	**АДРЕСА АБО МІСЦЕ РОЗТАШУВАННЯ**	**ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ДЛЯ:** ☐ **ЖИТЛА** ☐ **ОРЕНДИ**	**ВЛАСНИК:**	**ОЦІНОЧНА ВАРТІСТЬ:** **СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ:**

12a. Чи будь-який член вашої родини уникає судового переслідування за тяжкий злочин, арешту або ув'язнення після засудження? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "ТАК", поясніть нижче:

ІМ'Я	ПОЯСНІТЬ	ІМ'Я	ПОЯСНІТЬ

12b. Чи будь-який член вашої родини звинувачується в порушенні умов звільнення на поруки або дострокового звільнення? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "ТАК", поясніть нижче:

ІМ'Я	ПОЯСНІТЬ	ІМ'Я	ПОЯСНІТЬ

13. Чи вас або члена вашої родини було засуджено за злочин, пов'язаний з наркотиками, після 22 серпня 1996 року, і цю судимість не було знято? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "Так": **ІМ'Я** **ДАТА ЗАСУДЖЕННЯ**

Якщо "Ні", переходьте до запитання #15._____ _____

Чи було засуджено за один із нижче зазначених злочинів:

- Перевезення, ввезення до даного штату, продаж, постачання, введення, роздавання, володіння з метою продажу, купівля з метою продажу, виробництво, обробка прекурсорів з метою виготовлення заборонених речовин або вирощування та обробку марихуани? ☐ ТАК ☐ НІ
- Заохочування, схиляння, підбурювання чи залякування неповнолітніх з метою участі в одній із вище зазначених дій? ☐ ТАК ☐ НІ

14. Чи ви або будь-який член вашої родини:

a) Завершили програму лікування від наркозалежності, що визнається державою? ☐ ТАК ☐ НІ
b) Брали участь у програмі лікування від наркозалежності, що визнається державою? ☐ ТАК ☐ НІ
c) Записались у програму лікування від наркозалежності, що визнається державою? ☐ ТАК ☐ НІ
d) Записались у чергу для участі у програмі лікування від наркозалежності, що визнається державою? ☐ ТАК ☐ НІ
e) Припинили вживати заборонені речовини? (Потрібно надати підтвердження працівникові, що веде вашу справу) ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "Так", поясніть:_____

15. Ви можете уповноважити когось діяти від імені голови родини у випадку його хвороби чи інших обставин.
Якщо ви хочете надати комусь таке право, заповніть нижче:

ІМ'Я УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА	АДРЕСА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

16. Чи потрібна вам інформація про або заява на отримання медичного обслуговування *(за програмами Medi-Cal чи Healthy Families)*? ☐ ТАК ☐ НІ

ПОСВІДЧЕННЯ ПОДАВАЧА ЗАЯВИ/ОТРИМУВАЧА ПІЛЬГ

Я відповів(ла) на усі питання та прочитав(ла) усю інформацію, наведену вище. Я розумію нові правил програми талонів на харчування та покарання, що стосуються моєї заяви або повторного подання заяви на отримання талонів на харчування. Я розумію нові правила та погоджуюсь їх виконувати.

Департамент сільського господарства США (USDA) забороняє дискримінацію у всіх своїх програмах та діяльності за расою, кольором шкіри, статтю, релігією, походженням або політичними поглядами. Ви можете подати скаргу, якщо вважаєте, що вас було дискриміновано. Якщо ви не погоджуєтесь з рішенням округу, ви можете подати апеляцію.

Інформація у цій формі може бути повідомлена федеральним установам, установам штату або місцевим установам, тільки з метою перевірки вашого права на отримання пільг за програмою талонів на харчування.. Цей процес може включати підтвердження імміграційного статусу в U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) (раніше INS) - тільки для осіб, які хочеуть отримати пільги за програмою талонів на харчування. За федеральними законами USCIS не може використовувати цю інформацію з будь-якою іншою метою, ніж у справах про шахрайство.

ПІДПИС

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 (дорослий член родини або уповноважений представник) **X**	Дата
Підпис свідка, якщо значок замість підпису, або перекладача **X**	Дата
Підпис працівника, що визначає право на отримання пільг **X**	Дата