ПОВІДОМЛЕННЯ ФАКТІВ ДЛЯ ПРОГРАМ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ, ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ ТА ПРОГРАМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ MEDI-CAL/34-COUNTY (CMSP)

WORK PAYS IN SO MANY WAYS

- Дайте відповіді на усі питання стосовно пільг, про які ви просите. Усі відповіді заповнюйте ручкою друкованими літерами. “CA” - позначка для грошової допомоги, а “FS” - для талонів на харчування, “MC” - для Medi-Cal/34-County CMSP. Вони зазначені ліворуч від кожного запитання та позначають, якої програми стосуються запитання.
- Надайте доказ (наприклад, рахунки, квитанції та документи) для підтвердження ваших відповідей. Повідомте працівника, що веде вашу справу, якщо вам потрібна допомога в отриманні доказів або заповненні цієї форми. Якщо вам потрібно більше місця, додайте ще один листок паперу.
- Якщо ви просите про надання талонів на харчування та ви не є дорослим членом родини, додайте письмовий дозвіл, підписаний головою родини або іншим дорослим членом родини.

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. Особа, що подає заяву, або родич, що доглядає за дитиною(дітьми), для яких потрібна допомога.**
ІМ’Я:

НОМЕР ДОМАШНЬОГО ТЕЛЕФОНУ ( )

ДОМАШНЯ АДРЕСА (НОМЕР, ВУЛИЦЯ) | ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ) | НОМЕР ДЕННОГО ТЕЛЕФОНУ ( )

МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ КОД | МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

FS **B. Ви бездомні?** ☐ТАК ☐НІ
Якщо "ТАК": Чи ви тимчасово перебуваєте у чийомусь домі? ☐ТАК ☐НІ
Якщо "ТАК": Повідомте дату початку перебування у цьому будинку:

CA **C. Ви отримали повідомлення з вимогою оплати оренди або виселення?** ☐ТАК ☐НІ

(2) **Надайте інформацію про кожного <u>ДОРОСЛОГО, що проживає</u> у будинку.**

CA FS MC **(A)** ІМ'Я ДОРОСЛОГО (ІМ'Я, ІНІЦІАЛИ, ПРІЗВИЩЕ)

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

СТОСУНОК ДО ПОДАВАЧА АБО РОДИЧА, ЩО ДОГЛЯДАЄ ЗА ДИТИНОЮ(ДІТЬМИ) | ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ ДЕНЬ РІК) | НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ

СТАТЬ (✓) ☐Ч ☐Ж | СЛІПИЙ, ГЛУХИЙ АБО ІНВАЛІД ☐ТАК ☐НІ | ВАГІТНА ☐ТАК ☐НІ | МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ МІСТО ШТАТ КРАЇНА

ТИП ДОПОМОГИ, НА ОТРИМАННЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ЗАЯВА (✓)
☐ Грошова допомога ☐ Талони на харчування ☐ Жодна
☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

СІМЕЙНИЙ СТАТУС (✓)
☐ Одружений(на) ☐ Не був(ла) одружений(на) ☐ Живуть окремо
☐ Розлучений(на) ☐ У громадянському шлюбі ☐ Удівець/вдова

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled
☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen
☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

CA FS MC **(B)** ІМ'Я ДОРОСЛОГО (ІМ'Я, ІНІЦІАЛИ, ПРІЗВИЩЕ)

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

СТОСУНОК ДО ПОДАВАЧА АБО РОДИЧА, ЩО ДОГЛЯДАЄ ЗА ДИТИНОЮ(ДІТЬМИ) | ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ ДЕНЬ РІК) | НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ

СТАТЬ (✓) ☐Ч ☐Ж | СЛІПИЙ, ГЛУХИЙ АБО ІНВАЛІД ☐ТАК ☐НІ | ВАГІТНА ☐ТАК ☐НІ | МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ МІСТО ШТАТ КРАЇНА

ТИП ДОПОМОГИ, НА ОТРИМАННЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ЗАЯВА (✓)
☐ Грошова допомога ☐ Талони на харчування ☐ Жодна
☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

СІМЕЙНИЙ СТАТУС (✓)
☐ Одружений(на) ☐ Не був(ла) одружений(на) ☐ Живуть окремо
☐ Розлучений(на) ☐ У громадянському шлюбі ☐ Удівець/вдова

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled
☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen
☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

CA FS MC **(C)** ІМ'Я ДОРОСЛОГО (ІМ'Я, ІНІЦІАЛИ, ПРІЗВИЩЕ)

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

СТОСУНОК ДО ПОДАВАЧА АБО РОДИЧА, ЩО ДОГЛЯДАЄ ЗА ДИТИНОЮ(ДІТЬМИ) | ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ ДЕНЬ РІК) | НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ

СТАТЬ (✓) ☐Ч ☐Ж | СЛІПИЙ, ГЛУХИЙ АБО ІНВАЛІД ☐ТАК ☐НІ | ВАГІТНА ☐ТАК ☐НІ | МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ МІСТО ШТАТ КРАЇНА

ТИП ДОПОМОГИ, НА ОТРИМАННЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ЗАЯВА (✓)
☐ Грошова допомога ☐ Талони на харчування ☐ Жодна
☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

СІМЕЙНИЙ СТАТУС (✓)
☐ Одружений(на) ☐ Не був(ла) одружений(на) ☐ Живуть окремо
☐ Розлучений(на) ☐ У громадянському шлюбі ☐ Удівець/вдова

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled
☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen
☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

COUNTY USE ONLY

1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)
2. Separate HH (Purchase/prepare) (.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)

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.

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)

COUNTY USE ONLY

3 Надайте нам інформацію про кожну ДИТИНУ, що проживає у будинку, дитину, яка певний час відсутня у будинку, або дитину, яку ви зазначили утриманцем для вирахування податку. Якщо ви вагітні, зазначте дитину як "ненароджену" та надайте очікувану дату народження.

CA FS MC (A) ІМ'Я ДИТИНИ (ІМ'Я, ІНІЦІАЛИ, ПРІЗВИЩЕ)

ГРОМАДЯНСЬКИЙ СТАТУС (✔) ☐ ГРОМАДЯНИН США/АМЕРИКАНЕЦЬ ЗА ПОХОДЖЕННЯМ ☐ НЕГРОМАДЯНИН: МАЄ СПОНСОРА ☐ ТАК ☐ НІ

НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ | СТАТЬ (✔) ☐ Ч ☐ Ж | ДАТА НАРОДЖЕННЯ АБО ОЧІКУВАНА ДАТА НАРОДЖЕННЯ (місяць, день, рік) | ВІК ДИТИНИ

МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО/ШТАТ/КРАЇНА) | ВАГІТНА ☐ ТАК ☐ НІ | ЧИ УСІ ЩЕПЛЕННЯ ЗРОБЛЕНІ ВЧАСНО? ☐ ТАК ☐ НІ | СЛІПИЙ, ГЛУХИЙ АБО ІНВАЛІД? ☐ ТАК ☐ НІ

ЧИ ЦЯ ДИТИНА НА ДАНИЙ ЧАС ЗАПИСАНА ДО ШКОЛИ? (✔) ☐ ТАК ☐ НІ
ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ ШКОЛУ:

ТИП ДОПОМОГИ, НА ОТРИМАННЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ЗАЯВА ☐ Грошова допомога ☐ Талони на харчування ☐ Medi-Cal ☐ Жодна | ІМ'Я МАТЕРІ

СТОСУНОК ДО ПОДАВАЧА АБО РОДИЧА, ЩО ДОГЛЯДАЄ ЗА ДИТИНОЮ | ЧИ ДИТИНА ЗАРАЗ ПРОЖИВАЄ У ВАШОМУ БУДИНКУ? ☐ ТАК ☐ НІ | ІМ'Я БАТЬКА

ДИТИНА ПОТРЕБУЄ ДОПОМОГИ ЧЕРЕЗ ТЕ, ЩО ОДИН З БАТЬКІВ (ВІДЗНАЧТЕ (✔) НИЖЧЕ): ПОМЕР | ІНВАЛІД | ВІДСУТНІЙ | БЕЗРОБІТНИЙ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐ YES ☐ NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: ☐ 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) ІМ'Я ДИТИНИ (ІМ'Я, ІНІЦІАЛИ, ПРІЗВИЩЕ)

ГРОМАДЯНСЬКИЙ СТАТУС (✔) ☐ ГРОМАДЯНИН США/АМЕРИКАНЕЦЬ ЗА ПОХОДЖЕННЯМ ☐ НЕГРОМАДЯНИН: МАЄ СПОНСОРА ☐ ТАК ☐ НІ

НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ | СТАТЬ (✔) ☐ Ч ☐ Ж | ДАТА НАРОДЖЕННЯ АБО ОЧІКУВАНА ДАТА НАРОДЖЕННЯ (місяць, день, рік) | ВІК ДИТИНИ

МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО/ШТАТ/КРАЇНА) | ВАГІТНА ☐ ТАК ☐ НІ | ЧИ УСІ ЩЕПЛЕННЯ ЗРОБЛЕНІ ВЧАСНО? ☐ ТАК ☐ НІ | СЛІПИЙ, ГЛУХИЙ АБО ІНВАЛІД? ☐ ТАК ☐ НІ

ЧИ ЦЯ ДИТИНА НА ДАНИЙ ЧАС ЗАПИСАНА ДО ШКОЛИ? (✔) ☐ ТАК ☐ НІ
ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ ШКОЛУ:

ТИП ДОПОМОГИ, НА ОТРИМАННЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ЗАЯВА ☐ Грошова допомога ☐ Талони на харчування ☐ Medi-Cal ☐ Жодна | ІМ'Я МАТЕРІ

СТОСУНОК ДО ПОДАВАЧА АБО РОДИЧА, ЩО ДОГЛЯДАЄ ЗА ДИТИНОЮ | ЧИ ДИТИНА ЗАРАЗ ПРОЖИВАЄ У ВАШОМУ БУДИНКУ? ☐ ТАК ☐ НІ | ІМ'Я БАТЬКА

ДИТИНА ПОТРЕБУЄ ДОПОМОГИ ЧЕРЕЗ ТЕ, ЩО ОДИН З БАТЬКІВ (ВІДЗНАЧТЕ (✔) НИЖЧЕ): ПОМЕР | ІНВАЛІД | ВІДСУТНІЙ | БЕЗРОБІТНИЙ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐ YES ☐ NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: ☐ 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) ІМ'Я ДИТИНИ (ІМ'Я, ІНІЦІАЛИ, ПРІЗВИЩЕ)

ГРОМАДЯНСЬКИЙ СТАТУС (✔) ☐ ГРОМАДЯНИН США/АМЕРИКАНЕЦЬ ЗА ПОХОДЖЕННЯМ ☐ НЕГРОМАДЯНИН: МАЄ СПОНСОРА ☐ ТАК ☐ НІ

НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ | СТАТЬ (✔) ☐ Ч ☐ Ж | ДАТА НАРОДЖЕННЯ АБО ОЧІКУВАНА ДАТА НАРОДЖЕННЯ (місяць, день, рік) | ВІК ДИТИНИ

МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО/ШТАТ/КРАЇНА) | ВАГІТНА ☐ ТАК ☐ НІ | ЧИ УСІ ЩЕПЛЕННЯ ЗРОБЛЕНІ ВЧАСНО? ☐ ТАК ☐ НІ | СЛІПИЙ, ГЛУХИЙ АБО ІНВАЛІД? ☐ ТАК ☐ НІ

ЧИ ЦЯ ДИТИНА НА ДАНИЙ ЧАС ЗАПИСАНА ДО ШКОЛИ? (✔) ☐ ТАК ☐ НІ
ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ ШКОЛУ:

ТИП ДОПОМОГИ, НА ОТРИМАННЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ЗАЯВА ☐ Грошова допомога ☐ Талони на харчування ☐ Medi-Cal ☐ Жодна | ІМ'Я МАТЕРІ

СТОСУНОК ДО ПОДАВАЧА АБО РОДИЧА, ЩО ДОГЛЯДАЄ ЗА ДИТИНОЮ | ЧИ ДИТИНА ЗАРАЗ ПРОЖИВАЄ У ВАШОМУ БУДИНКУ? ☐ ТАК ☐ НІ | ІМ'Я БАТЬКА

ДИТИНА ПОТРЕБУЄ ДОПОМОГИ ЧЕРЕЗ ТЕ, ЩО ОДИН З БАТЬКІВ (ВІДЗНАЧТЕ (✔) НИЖЧЕ): ПОМЕР | ІНВАЛІД | ВІДСУТНІЙ | БЕЗРОБІТНИЙ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐ YES ☐ NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: ☐ 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) ІМ'Я ДИТИНИ (ІМ'Я, ІНІЦІАЛИ, ПРІЗВИЩЕ)

ГРОМАДЯНСЬКИЙ СТАТУС (✔) ☐ ГРОМАДЯНИН США/АМЕРИКАНЕЦЬ ЗА ПОХОДЖЕННЯМ ☐ НЕГРОМАДЯНИН: МАЄ СПОНСОРА ☐ ТАК ☐ НІ

НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ | СТАТЬ (✔) ☐ Ч ☐ Ж | ДАТА НАРОДЖЕННЯ АБО ОЧІКУВАНА ДАТА НАРОДЖЕННЯ (місяць, день, рік) | ВІК ДИТИНИ

МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО/ШТАТ/КРАЇНА) | ВАГІТНА ☐ ТАК ☐ НІ | ЧИ УСІ ЩЕПЛЕННЯ ЗРОБЛЕНІ ВЧАСНО? ☐ ТАК ☐ НІ | СЛІПИЙ, ГЛУХИЙ АБО ІНВАЛІД? ☐ ТАК ☐ НІ

ЧИ ЦЯ ДИТИНА НА ДАНИЙ ЧАС ЗАПИСАНА ДО ШКОЛИ? (✔) ☐ ТАК ☐ НІ
ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ ШКОЛУ:

ТИП ДОПОМОГИ, НА ОТРИМАННЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ЗАЯВА ☐ Грошова допомога ☐ Талони на харчування ☐ Medi-Cal ☐ Жодна | ІМ'Я МАТЕРІ

СТОСУНОК ДО ПОДАВАЧА АБО РОДИЧА, ЩО ДОГЛЯДАЄ ЗА ДИТИНОЮ | ЧИ ДИТИНА ЗАРАЗ ПРОЖИВАЄ У ВАШОМУ БУДИНКУ? ☐ ТАК ☐ НІ | ІМ'Я БАТЬКА

ДИТИНА ПОТРЕБУЄ ДОПОМОГИ ЧЕРЕЗ ТЕ, ЩО ОДИН З БАТЬКІВ (ВІДЗНАЧТЕ (✔) НИЖЧЕ): ПОМЕР | ІНВАЛІД | ВІДСУТНІЙ | БЕЗРОБІТНИЙ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐ YES ☐ NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: ☐ 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) **Зазначте батьків дитини(дітей) або ненароджених дітей, які не живуть з вами у будинку.**		☐ Verif. on File ☐ MC 13
ІМ'Я БАТЬКА/МАТЕРІ	ПРИЧИНА, ЧОМУ БАТЬКО/МАТИ НЕ ЖИВЕ ВДОМА	

CA FS (5) Чи хтось змінив громадянський/імміграційний статус протягом останніх 12 місяців? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ІМ'Я	ЩО ЗМІНИЛОСЯ	ДАТА	НОМЕР ІНОЗЕМЦЯ (ЯКЩО МОЖНА ЗАСТОСОВУВАТИ)

CA FS (6) A. Чи в будинку живе прийомна дитина? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Якщо "ТАК", хто:

FS B. Чи хочете ви включити прийомну дитину(дітей) та його/її дохід за програмою прийомних сімей до справи за програмою талонів на харчування? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

☐ CA and FC Elig/CR Chooses:
Child: ☐ CA ☐ FC
CR: ☐ CA ☐ None
☐ Kin-GAP

CA FS (7) Чи хтось використовував будь-яке інше ім'я (дівоче, прийняте тощо)? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ІМ'Я	ІНШІ ІМЕНА, ЩО ВИКОРИСТОВУВАЛИСЬ
ІМ'Я	ІНШІ ІМЕНА, ЩО ВИКОРИСТОВУВАЛИСЬ

		ТАК	НІ
CA MC (8)	**A. Чи усі проживають у штаті Каліфорнія?** Якщо "НІ", поясніть:		
CA	**B. Чи усі планують залишитися у Каліфорнії на постійне проживання?**		
CA	**C. Чи хтось володіє, орендує або утримує будинок за межами штату Каліфорнія?**		
CA MC	**D. Чи хтось на даний момент отримує громадську допомогу за межами штату Каліфорнія?** Якщо "ТАК", поясніть:		
CA	**E. Чи хтось планує виїжджати за межі штату Каліфорнія на більше, ніж 30 днів?**		

Calif. Resident: ☐ YES ☐ NO

☐ Property

☐ PA

MC (9) Чи вам від 18 до 21 років і вас зазначають утриманцем у податковій декларації? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Якщо "ТАК", хто:

☐ Tax Dependent Letter Sent
☐ CA 2.1

CA FS (10) A. Чи було надання комусь грошової допомоги або талонів на харчування припинено через: неспівпрацю під час перевірки якості послуг, санкції з роботи чи навчання, або через невиконання правил стосовно зайнятості у програмі талонів на харчування для повнолітніх працездатних осіб без утриманців (ABAWD), або з інших причин? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Якщо "ТАК", поясніть нижче:

ІМ'Я	ЧОМУ	КОЛИ	ЯКИЙ ОКРУГ/ШТАТ

CA FS B. Чи було надання грошової допомоги або талонів на харчування тимчасово чи назавжди припинено через шахрайство з метою отримання соціального забезпечення або навмисне порушення програми талонів на харчування? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Якщо "ТАК", поясніть нижче:

ІМ'Я	ЧОМУ	КОЛИ	ЯКИЙ ОКРУГ/ШТАТ

FS (11) Чи будь-яка особа, що проживає з вами, купує продукти та готує їжу окремо від інших у будинку? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Якщо "ТАК", хто:

Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

FS (12) Чи є особа, що проживає з вами, яка досягнула 60-річного віку та не може купувати продукти і готувати їжу окремо через інвалідність? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Якщо "ТАК", хто:

Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

FS (13) A. Чи ви платите за чиєсь харчування та/чи кімнату? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я ОСОБИ, ЯКІЙ ВИ ПЛАТИТЕ	ВІДЗНАЧТЕ (✔)	СУМА,	ЯК ЧАСТО	К-СТЬ ПРИЙОМІВ ЇЖІ В ДЕНЬ
	☐ Їжа ☐ Кімната ☐ І те, й інше	$		

CA FS B. Чи хтось платить за ваше харчування/кімнату? Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ПЛАТИТЬ ВАМ	ВІДЗНАЧТЕ (✔)	СУМА,	ЯК ЧАСТО	К-СТЬ ПРИЙОМІВ ЇЖІ В ДЕНЬ
	☐ Їжа ☐ Кімната ☐ І те, й інше	$		

COUNTY USE ONLY

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS (14) Чи хтось отримує їжу з інших нижче зазначених програм? ☐ ТАК ☐ НІ

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

ІМ'Я	НАЗВА ПРОГРАМИ	ІМ'Я	НАЗВА ПРОГРАМИ

CA FS MC (15) A. Чи хтось живе в одному з нижче перелічених місць: ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

- Притулок, центр
- Резервація для американських індіанців
- Психіатрична лікарня/установа для душевно хворих
- Місце групового проживання для сліпих/інвалідів
- Лікарня або платний інтернат для літніх людей
- Субсидійоване житло для літніх людей
- Реабілітаційний центр лікування від алкоголізму/наркозалежності
- Пансіонат з обслуговуванням
- Тюрма/виправна установа

ІМ'Я	НАЗВА ЦЕНТРУ, ПРИТУЛКУ, ЛІКАРНІ ТОЩО.	ДАТА ПОСТУПЛЕННЯ	ДАТА ОЧІКУВАНОЇ ВИПИСКИ

MC B. Чи особа, яка перебуває у лікарні або платному інтернаті для літніх людей, має чоловіка/дружину чи ін. члена родини вдома? ☐ ТАК ☐ НІ

CA (16) Зазначте дитину 6-18 років, яка не відвідує школу регулярно, та поясніть, чому він/вона не відвідує школу регулярно. ☐ Немає дітей 6-18 років

ІМ'Я	ПРИЧИНА НЕРЕГУЛЯРНОГО ВІДВІДУВАННЯ ШКОЛИ

CA FS MC (17) A. Чи хтось, хто досяг 14-річного віку, відвідує школу, коледж або навчальну програму? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я	ВІК	НАЗВА ШКОЛИ/КОЛЕДЖУ/НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ	СТАТУС (✔) ЗАРАХУВАННЯ	ОДИНИЦІ НАВЧАННЯ/ ГОДИНИ НА ТИЖДЕНЬ / ОЧІКУВАНА ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ НАВЧАННЯ	ПРАЦЮЄ
			☐ Повний день ☐ Частково ☐ Інше (вкажіть):		☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я	ВІК	НАЗВА ШКОЛИ/КОЛЕДЖУ/НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ	СТАТУС (✔) ЗАРАХУВАННЯ	ОДИНИЦІ НАВЧАННЯ/ ГОДИНИ НА ТИЖДЕНЬ / ОЧІКУВАНА ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ НАВЧАННЯ	ПРАЦЮЄ
			☐ Повний день ☐ Частково ☐ Інше (вкажіть):		☐ ТАК ☐ НІ

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

ІМ'Я	ПЕРІОД (✔) ВІДЗНАЧТЕ СТАТУС	НАВЧАННЯ/ВАРТІСТЬ НАВЧАННЯ ЗА ПЕРІОД	КНИЖКИ, ОБЛАДНАННЯ ТОЩО ЗА
	☐ Семестр ☐ Рік ☐ Квартал	$	ПЕРІОД $

ВІДСТАНЬ ДО ШКОЛИ/УСТАНОВИ ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ В ОБИДВА БОКИ (У МИЛЯХ)	КІЛЬКІСТЬ ДНІВ ВІДВІДУВАННЯ НА ТИЖДЕНЬ	ВИД ТРАНСПОРТУ

ВАРТІСТЬ ПРОЇЗДУ В ТИЖДЕНЬ	СУМА, СПЛАЧУВАНА ЩОТИЖНЯ ЧЛЕНАМИ АВТОПУЛУ	ГРОМАДСЬКИЙ ТРАНСПОРТ (АВТОБУС ТОЩО) ЗА ДЕНЬ
$	$	$

CA (18) A. Чи особа, яка не досягла 20 років, вагітна або є батьком/матір'ю? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ІМ'Я	ВІК	ВІДЗНАЧТЕ (✔) СТАТУС
		☐ Вагітна ☐ Неповнолітній батько/мати

ОСВІТА, ВІДЗНАЧТЕ (✔)

☐ Має сертифікат про середню освіту ☐ Має сертифікат про освіту, еквівалентну середній ☐ Не відвідує школу регулярно (поясніть):

☐ На даний момент регулярно відвідує школу ☐ Інше (поясніть):

CA B. Чи хтось отримував грошові премії або штрафи, або допомогу у догляді за дитиною, на транспортування тощо за програмою Cal-Learn? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ІМ'Я	ДЕ (ОКРУГ)	ДАТА(И) ОТРИМАННЯ

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

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

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) Чи хтось, включно з дітьми, працював чи планує працювати, зокрема неповний робочий день або на випадкових роботах? Відзначте (✔) "ТАК" або "НІ" для кожного пункту. Якщо "ТАК", заповніть нижче:

	ТАК	НІ
Чи хтось з родини за остані 60 днів звільнився/відмовився від роботи чи навчання?		
Чи хтось зараз працює або навчається?		
Чи хтось планує працювати або навчатися протягом наступних двох місяців?		

Якщо приватний підприємець:

Для талонів на харчування: Зазначте ваші підприємницькі витрати на окремому листі паперу.

Для грошової допомоги: Відзначте, (✔) як ви хочете, щоб вираховувались ваші підприємницькі витрати:
☐ 40% стандартне вирахування ☐ Фактичні підприємницькі витрати ☐ Середнє за місяць (річні підприємницькі витрати, поділені на 12 місяців). **Якщо фактичні,** ви повинні зазначити ваші підприємницькі витрати на окремому листі паперу.

(A) ІМ'Я
CA FS MC

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН РОБОТИ/НАВЧАННЯ ЗА МІСЯЦЬ
ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ_____
ЦЬОГО МІСЯЦЯ_____

ІМ'Я ТА АДРЕСА ПРАЦЕДАВЦЯ

ДАТА(И) ЗАРПЛАТИ	ПРИВАТНИЙ ПІДПРИЄМЕЦЬ ☐ ТАК ☐ НІ	СУМА ДО ВИРАХУВАНЬ $ за	ДАТА ОТРИМАННЯ ОСТАННЬОЇ ЗАРПЛАТИ	ОТРИМАНІ АБО ОЧІКУВАНІ ЧАЙОВІ АБО КОМІСІЙНІ ☐ ТАК ☐ НІ; ЯКЩО "ТАК", ЗАПОВНІТЬ НИЖЧЕ: ОТРИМАНА СУМА $ ОЧІКУВАНА СУМА $

ПРИЧИНА ЗВІЛЬНЕННЯ З РОБОТИ/ПРИПИНЕННЯ НАВЧАННЯ	ОСТАННІЙ ДЕНЬ РОБОТИ/НАВЧАННЯ

КОЛИ ВИ ОЧІКУЄТЕ НАСТУПНУ ЗАРПЛАТУ	ОЧІКУВАНА СУМА ДО ВИРАХУВАНЬ $	РІД ЗАНЯТЬ

(B) ІМ'Я
CA FS MC

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН РОБОТИ/НАВЧАННЯ ЗА МІСЯЦЬ
ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ_____
ЦЬОГО МІСЯЦЯ_____

ІМ'Я ТА АДРЕСА ПРАЦЕДАВЦЯ

ДАТА(И) ЗАРПЛАТИ	ПРИВАТНИЙ ПІДПРИЄМЕЦЬ ☐ ТАК ☐ НІ	СУМА ДО ВИРАХУВАНЬ $ за	ДАТА ОТРИМАННЯ ОСТАННЬОЇ ЗАРПЛАТИ	ОТРИМАНІ АБО ОЧІКУВАНІ ЧАЙОВІ АБО КОМІСІЙНІ ☐ ТАК ☐ НІ; ЯКЩО "ТАК", ЗАПОВНІТЬ НИЖЧЕ: ОТРИМАНА СУМА $ ОЧІКУВАНА СУМА $

ПРИЧИНА ЗВІЛЬНЕННЯ З РОБОТИ/ПРИПИНЕННЯ НАВЧАННЯ	ОСТАННІЙ ДЕНЬ РОБОТИ/НАВЧАННЯ

КОЛИ ВИ ОЧІКУЄТЕ НАСТУПНУ ЗАРПЛАТУ	ОЧІКУВАНА СУМА ДО ВИРАХУВАНЬ $	РІД ЗАНЯТЬ

CA FS MC (21) A. Чи хтось у будинку оплачує догляд за дитиною, повнолітнім інвалідом або іншим утриманцем, щоб мати можливість працювати, навчатись, ходити до школи або шукати роботу? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Якщо "ТАК", заповніть нижче та (✔) це - робота чи навчання.

ХТО ОТРИМУЄ ДОГЛЯД	ХТО СПЛАЧУЄ	ХТО ДОГЛЯДАЄ	☐ РОБОТА ☐ НАВЧАННЯ	СПЛАЧЕНА СУМА/ЯК ЧАСТО $ КОЖЕН
ХТО ОТРИМУЄ ДОГЛЯД	ХТО СПЛАЧУЄ	ХТО ДОГЛЯДАЄ	☐ РОБОТА ☐ НАВЧАННЯ	СПЛАЧЕНА СУМА/ЯК ЧАСТО $ КОЖЕН

CA FS MC B. Чи ще хтось оплачує усі або частину витрат по догляду за вашою дитиною? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Включіть витрати, сплачені родичем або другом, який не живе у будинку, департаментом освіти, програмою Block Grant тощо. Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ІМ'Я ДИТИНИ	ХТО СПЛАЧУЄ	ЩОМІСЯЧНА СПЛАЧЕНА СУМА $	ХТО ЩЕ СПЛАЧУЄ	ЩОМІСЯЧНА СПЛАЧЕНА СУМА $
ІМ'Я ДИТИНИ	ХТО СПЛАЧУЄ	ЩОМІСЯЧНА СПЛАЧЕНА СУМА $	ХТО ЩЕ СПЛАЧУЄ	ЩОМІСЯЧНА СПЛАЧЕНА СУМА $

FS MC (22) Чи хтось сплачує аліменти на дитину або чоловіка/дружину? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ХТО СПЛАЧУЄ	ДЛЯ КОГО	СУМА У МІСЯЦЬ $

CA FS MC (23) Чи хтось, включно з дітьми, подавав заяву на отримання або отримував страхові виплати з безробіття чи інвалідності протягом останніх 12 місяців <u>АБО</u> сподівається отримати ці пільги в майбутньому? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ІМ'Я	ДАТА ПОДАННЯ ЗАЯВИ	ДЕ (ОКРУГ, ШТАТ)	ДАТА ОСТАННЬОГО ОТРИМАННЯ
ІМ'Я	ДАТА ПОДАННЯ ЗАЯВИ	ДЕ (ОКРУГ, ШТАТ)	ДАТА ОСТАННЬОГО ОТРИМАННЯ

CA (24) Чи хтось отримував виплати або послуги замість довготривалого соціального забезпечення від іншого округу чи штату? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ІМ'Я	ОКРУГ/ШТАТ	ОТРИМАНА СУМА $	ЗАЗНАЧТЕ ОТРИМАНІ ПОСЛУГИ	ОЦІНОЧНА ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ $	ДАТА ОТРИМАННЯ

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 (B) ☐ CA: 28 Days
☐ FS: 60 days ☐ FS: 60 days
☐ MC: 30 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) Чи якийсь з батьків, що живе у будинку, працював або навчався протягом останніх 24 місяців? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

- Зазначте усі види робіт у Сполучених Штатах Америки (США) та за їх межами.
- Зазначте роботу, виконувану взамін на щось, окрім грошей, наприклад, за оренду, їжу, комунальні послуги або **щось інше.**
- Починайте з останнього місця праці або навчання.

A. ІМ'Я

ЧИ ВІН/ВОНА Є АМЕРИКАНСЬКИМ ІНДІАНЦЕМ? ☐ ТАК ☐ НІ

ЯКЩО "ТАК", ЗАЗНАЧТЕ ПЛЕМ'Я:

Ім'я та адреса працедавця або навчальної програми (✓) Відзначте, робота чи навчання	Коли працював МІС. ДЕНЬ РІК з по	Сума сплачена	Ім'я та адреса працедавця або навчальної програми (✓) Відзначте, робота чи навчання	Коли працював МІС. ДЕНЬ РІК з по	Сума сплачена
1. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно	4. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно
2. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно	5. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно
3. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно	6. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно

B. ІМ'Я

ЧИ ВІН/ВОНА Є АМЕРИКАНСЬКИМ ІНДІАНЦЕМ? ☐ ТАК ☐ НІ

ЯКЩО "ТАК", ЗАЗНАЧТЕ ПЛЕМ'Я:

Ім'я та адреса працедавця або навчальної програми (✓) Відзначте, робота чи навчання	Коли працював МІС. ДЕНЬ РІК з по	Сума сплачена	Ім'я та адреса працедавця або навчальної програми (✓) Відзначте, робота чи навчання	Коли працював МІС. ДЕНЬ РІК з по	Сума сплачена
1. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно	4. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно
2. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно	5. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно
3. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно	6. ☐ Робота ☐ Навчання	з по	$ ☐ Щотижнево ☐ Щомісячно

FS (26) Чи усі члени родини, що отримує талони на харчування, є громадянами Сполучених Штатів Америки? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо "НІ", заповніть нижче про кожного члена родини, яка отримує талони на харчування, що є **негромадянином США.**

Ім'я кожного негромадянина	A. Скільки років ця особа, її чоловік/дружина та/або батьки (до того, як їй виповнилось 18) вже живе у США?	B. Під час проживання у США скільки років із зазначених у колонці A, ця особа, її чоловік/дружина та/або батьки (до того, як їй виповнилось 18 років) заробляли гроші, працюючи у США?	C. Під час проживання за межами США, скільки років ця особа, її чоловік/дружина та/або батьки (до того, як їй виповнилось 18 років) працювали у США?
1.			
2.			
3.			
4.			

CA FS MC (27) Чи хтось служив у військових силах США або хтось є чоловіком/дружиною, батьком/матір'ю або дитиною особи, що служила у військових силах? Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я	ГРОМАДЯНИН США	(✓) СТАТУС	ЗВІЛЬНЕНИЙ В ЗАПАС З ПОЧЕСТЯМИ	РІД ВІЙСЬК	ДАТА СЛУЖБИ
	☐ ТАК ☐ НІ	☐ ДІЙСНА ВІЙСЬКОВА СЛУЖБА/ ВЕТЕРАН ☐ ЧОЛОВІК/ДРУЖИНА, БАТЬКО/МАТИ ЧИ ОСОБА НА ДІЙСНІЙ ВІЙСЬКОВІЙ СЛУЖБІ/ВЕТЕРАН	☐ ТАК ☐ НІ		
ІМ'Я	ГРОМАДЯНИН США	(✓) СТАТУС	ЗВІЛЬНЕНИЙ В ЗАПАС З ПОЧЕСТЯМИ	РІД ВІЙСЬК	ДАТА СЛУЖБИ
	☐ ТАК ☐ НІ	☐ ДІЙСНА ВІЙСЬКОВА СЛУЖБА/ ВЕТЕРАН ☐ ЧОЛОВІК/ДРУЖИНА, БАТЬКО/МАТИ ЧИ ОСОБА НА ДІЙСНІЙ ВІЙСЬКОВІЙ СЛУЖБІ/ВЕТЕРАН	☐ ТАК ☐ НІ		

COUNTY USE ONLY

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. Чи хтось, включно з дітьми, отримує або планує отримувати кошти з нижче зазначених джерел?**
Відзначте (✔) "ТАК" або "НІ" для кожного пункту.

	ТАК	НІ		ТАК	НІ
За програмами Work Study, Welfare-to-Work, або іншою програмою			Дохід, пов'язаний з навчанням ветеранів (VA)		
Інша допомога на навчання			Допомога та відвідування ветеранів (VA)		
Гранти, позики на навчання або стипендії			Виплати соціального страхування з інвалідності або додатковий дохід з соціального забезпечення/додаткові виплати штату (SSI/SSP)		
CalWORKs/грошова допомога від іншого штату			Виплати з інвалідності для ветеранів		
Допомога біженцям (RCA)			Виплата з інвалідності працівникам залізниці		
Програма грошової допомоги іммігрантам (CAPI)			Інший дохід з інвалідності від федеральних, місцевих урядових організацій або організацій штату		
GA/GR (Загальна допомога/пільги)			Виплати з інвалідності або непрацездатності від неурядових організацій		
Допомога з непрацездатності			Пенсія соціального страхування або пенсія через втрату годувальника		
Аліменти на дитину/чоловіка/дружину чи гроші на оплату медичних послуг або платежів			Пенсія працівникам залізниці		
Допомога для страйкарів			Інший пенсіний дохід від федеральних, місцевих урядових організацій або організацій штату		
Позики, подарунки, внески			Інший пенсійний дохід від неурядових організацій		
Виплати за рішенням суду або страховки/ справи у судовому розгляді			Виплати на душу населення		
Продаж боргових розписок, контрактів, довірчої власності, векселів			Виграші (в азартні ігри/лотерею/бінго, призи тощо)		
Зарплата військовим або військова пенсія			Інше (поясніть)		

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ІМ'Я	ДЖЕРЕЛО	(ОТРИМАНА СУМА ДО ВИРАХУВАННЯ)	КОЛИ	ЯК ЧАСТО
		$		
		$		

COUNTY USE ONLY

☐ Casualty Unit Notified
☐ CWC 6041
☐ DHS 6155
☐ Verif(s) on File
Explain Anticip. Income
Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

(✔) if exempt

CA	FS	MC

CA FS MC **B. Чи хтось очікує змін у сумі грошей, що зараз отримуються, наприклад, підвищення прожиткового мінімуму?** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ІМ'Я	ЩО	СУМА	КОЛИ
		$	

CA FS MC **29** **Чи хтось отримує житло або оренду, комунальні послуги або одяг безкоштовно або взамін на роботу?** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Якщо "ТАК", заповніть нижче та відзначте (✔) - безкоштовно чи взамін на роботу:

ЩО ОТРИМАНО	Безкоштовно	За роботу	ХТО ОТРИМАВ	ВАРТІСТЬ	ХТО НАДАВ
Житло або орендна плата				$	
Комунальні послуги				$	
Харчування				$	
Одяг				$	

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

Partial	Full	Earned	Unearned

CA FS MC **30** **A. Чи хтось володіє або купує нерухомість, зокрема землю та/чи будівлі у будь-якому місці, в тому числі за межами США?** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Якщо "ТАК", заповніть нижче. Зазначте землю та/чи будівлі, якими ви спільно володієте.

ТИП (ЗЕМЛЯ, КОНДОМІНІУМ, КВАРТИРА, ДІМ ТОЩО)	ЯК ВИ ВИКОРИСТОВУЄТЕ ЦЕ МАЙНО? ВІДЗНАЧТЕ (✔)	ТАК	НІ	ВЛАСНИК(И)	АДРЕСА АБО МІСЦЕ РОЗТАШУВАННЯ	СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ	ОРЕНДА - ДОХІД
	ЖИВЕТЕ В НЬОМУ					$	$
ВИСТАВЛЕНИЙ НА ПРОДАЖ ☐ ТАК ☐ НІ	ЗДАЄТЕ В ОРЕНДУ						
	ІНШЕ (ПОЯСНІТЬ):						

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

ТИП (ЗЕМЛЯ, КОНДОМІНІУМ, КВАРТИРА, ДІМ ТОЩО)	ЯК ВИ ВИКОРИСТОВУЄТЕ ЦЕ МАЙНО? ВІДЗНАЧТЕ (✔)	ТАК	НІ	ВЛАСНИК(И)	АДРЕСА АБО МІСЦЕ РОЗТАШУВАННЯ	СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ	ОРЕНДА - ДОХІД
	ЖИВЕТЕ В НЬОМУ					$	$
ВИСТАВЛЕНИЙ НА ПРОДАЖ ☐ ТАК ☐ НІ	ЗДАЄТЕ В ОРЕНДУ						
	ІНШЕ (ПОЯСНІТЬ):						

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. Чи хтось володіє будинком, у якому зараз не живе, але до якого сподівається повернутись?** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ВЛАСНИК МАЙНА	АДРЕСА МАЙНА	ОЧІКУВАНА ДАТА ПОВЕРНЕННЯ (ЯКЩО ВІДОМА)

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

CA $ _____
FS $ _____
MC $ _____

CA FS MC **31 A. Чи хтось, включно з дітьми, має нижче зазначені особисті або підприємницькі ресурси?** Відзначте (✔) "ТАК" або "НІ" для кожного пункту.
Зазначте також усі ресурси, якими ви володієте, використовуєте або управляєте разом з іншими особами(навіть тільки для зручності). Округ визначить, чи враховувати ці ресурси.

	ТАК	НІ		ТАК	НІ
Готівка (на руках або в іншому місці)			Довірчі кошти (доступні чи ні)		
Чеки, за якими не отримана готівка (на руках або в іншому місці)			Боргові розписки, застави, документ про довірчу власність, контракти купівлі-продажу тощо		
Ощадні рахунки - дітей та дорослих			Індивідувальні пенсійні рахунки (IRA) або плани Keogh тощо		
Чекові рахунки - незалежно від того, використовуються вони чи ні			Пенсійні кошти, які доступні, якщо ви перестали працювати (такі як PERS тощо)		
Рахунки у кредитній спілці			Плани часткового відтермінування зарплати		
Акції, облагації, сертифікати депозиту, рахунки грошового ринку тощо.			Страхування життя або щорічна рента		
Права на розробку нафти, вугілля, ін. корисних копалин			Пожиттєві відсотки від нерухомості		
Контракти або договори на поховання, страховка кошти/гроші, призначені для поховання ділянки на цвинтарі, труна або інші речі для поховання			Довготривала страховка з догляду		
			Готівковий баланс EBT за попередній місяць		
			Інше (поясніть)		
Відшкодування податку на прибуток					

ЯКЩО "ТАК", ЗАПОВНІТЬ НИЖЧЕ:

РЕСУРС	ПІДПРИЄМНИЦЬКИЙ	ВЛАСНИК	НОМЕР РАХУНКА/ ПОЛІСА	НАЗВА ТА АДРЕСА БАНКУ ТОЩО.	ЧИННА ВАРТІСТЬ
	☐ ТАК ☐ НІ				$
	☐ ТАК ☐ НІ				$
	☐ ТАК ☐ НІ				$

CA FS MC **B. Чи хтось отримує або очікує отримати гроші з будь-якого з вище зазначених ресурсів, напр., відсотки, дивіденди тощо?** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ІМ'Я	ДЖЕРЕЛО КОШТІВ	СУМА	ЯК ЧАСТО	ПІДПРИЄМНИЦЬКИЙ
		$		☐ ТАК ☐ НІ
		$		ПІДПРИЄМНИЦЬКИЙ ☐ ТАК ☐ НІ

MC **32 Чи є у вас право утримання власності або ви підписали гарантійну угоду з лікарем, клінікою або лікарнею стосовно будь-якого майна у вашій власності чи власності члена сім'ї, що використовується як застава для надання медичних послуг?** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ПРАВО НА УТРИМАННЯ АБО СУМА ЗАСТАВИ	ТИП ТА МІСЦЕ РОЗТАШУВАННЯ ВЛАСНОСТІ	ДАТА ТА ТИП МЕДИЧНОГО ДОГЛЯДУ, ЩО ОТРИМУЄТЬСЯ АБО БУДЕ НАДАВАТИСЯ	НАЗВА НАДАВАЧА ПОСЛУГ
$			
$			

MC **33 A. Чи хтось володіє будь-якою <u>особистою власністю</u>, зокрема:** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
- Човни без двигунів, житлові автофургони, трейлери без двигуна.
- Вогнепальна зброя, інструменти; або спортивне обладнання тощо.
- Домашні тварини або худоба для особистого користування.
- Ювелірні вироби, витвори мистецтва, антикваріат, колекції, камери, музичний інструмент (фортепіано, гітари, підсилювачі тощо).

Якщо "ТАК", заповніть нижче: Не включайте обручки або сімейні дорогоцінності. Зазначте ювелірні вироби вартістю більше $100,00 та власніть родини або особисту вартістю більше $500,00 за річ.

ПРЕДМЕТ	ВИСТАВЛЕНИЙНА ПРОДАЖ	КУПІВЕЛЬНА ЦІНА АБО ЧИННА ВАРТІСТЬ	СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ	ПРЕДМЕТ	ВИСТАВЛЕНИЙНА ПРОДАЖ	КУПІВЕЛЬНА ЦІНА АБО ЧИННА ВАРТІСТЬ	СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ
	☐ ТАК ☐ НІ	$	$		☐ ТАК ☐ НІ	$	$
	☐ ТАК ☐ НІ	$	$		☐ ТАК ☐ НІ	$	$

MC **B. Чи володіє хтось <u>підприємницьким майном</u>, зокрема інструментом, інвентарем та матеріалами, виробничим обладнанням, худобою тощо?** Зазначте також будь-яке майно, яким ви користуєтесь або придбали спільно з іншими особами. Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ПРЕДМЕТ	ВИСТАВЛЕНИЙНА ПРОДАЖ	КУПІВЕЛЬНА ЦІНА АБО ЧИННА ВАРТІСТЬ	СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ	ПРЕДМЕТ	ВИСТАВЛЕНИЙНА ПРОДАЖ	КУПІВЕЛЬНА ЦІНА АБО ЧИННА ВАРТІСТЬ	СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ
	☐ ТАК ☐ НІ	$	$		☐ ТАК ☐ НІ	$	$
	☐ ТАК ☐ НІ	$	$		☐ ТАК ☐ НІ	$	$

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) **Чи хтось продав, витратив, обміняв, передав або віддав нерухомість, наприклад, будинок або землю; чи особисту власність, наприклад, гроші, машини, банківські рахунки, гроші за судовими рішеннями або отримані після нещасного випадку, чи інше?** (Зазначте будь-яке майно, яке ви продали або обміняли протягом останніх 12 місяців - для грошової допомоги, 3 місяці - для талонів на харчування, та протягом останніх 2 1/2 років (30 місяців) - для Medi-Cal) Якщо "ТАК", поясніть що та коли: ☐ ТАК ☐ НІ

CA MC (35) **Чи хтось володіє, використовує або зареєстрований як власник будь-якого транспортного засобу, наприклад: автомобіль, мотоцикл, снігохід, житлового автофургону, моторного човна тощо, навіть якщо він несправний?** Якщо "ТАК", заповніть нижче. Звіртесь з вашим реєстраційним талоном, щоб отримати інформацію про кожний транспортний засіб: ☐ ТАК ☐ НІ

	ТРАНСПОРТНИЙ ЗАСІБ (1)	ТРАНСПОРТНИЙ ЗАСІБ (2)	ТРАНСПОРТНИЙ ЗАСІБ (3)
ВЛАСНИК ТРАНСПОРТНОГО ЗАСОБУ			
ІМ'Я ОСОБИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЄ ТРАНСПОРТНИЙ ЗАСІБ			
РІК/ВИРОБНИК/МОДЕЛЬ			
НОМЕР ВОДІЙСЬКИХ ПРАВ			
ОЦІНОЧНА ВАРТІСТЬ	$	$	$
СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ	$	$	$
ЗАРЕЄСТРОВАНО	☐ ТАК ☐ НІ	☐ ТАК ☐ НІ	☐ ТАК ☐ НІ
В ОРЕНДІ	☐ ТАК ☐ НІ	☐ ТАК ☐ НІ	☐ ТАК ☐ НІ

ЯК ВИ ВИКОРИСТОВУЄТЕ ЦЕЙ ТРАНСПОРТНИЙ ЗАСІБ? Відзначте (✔) ТАК" або "НІ" ДЛЯ КОЖНОГО ПУНКТУ.	ТАК	НІ	ТАК	НІ	ТАК	НІ
Як дім						
Для поїздки на роботу або навчання, чи для пошуку роботи						
Для власної справи, власної незалежності або з підприємницькою метою						
Необхідне для членів родини - інвалідів						
Для доставки сім'ї палива або води						
Лише з метою відпочинку						

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. Чи оплачує хтось витрати на житло?** ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ВИТРАТИ НА ПРОЖИВАННЯ	ЗАГАЛЬНА ВАРТІСТЬ	СУМА, ЯКУ ВИ СПЛАЧУЄТЕ	СУМА, ЯКУ СПЛАЧУЮТЬ ІНШІ ЧЛЕНИ СІМ'Ї/РОДИНИ	ЯК ЧАСТО ВИСТАВЛЯЮТЬСЯ РАХУНКИ
Орендна плата	$	$	$	
Оплата за житло (застава)	$	$	$	
Податок на майно (якщо не включений в оплату за житло)	$	$	$	
Страховка (якщо не включена в оплату за житло)	$	$	$	
Інше (поясніть)	$	$	$	

CA FS **B. Чи ще хтось оплачує усі або частину витрат на житло? Включіть родича або друга, який не живе вдома, програми допомоги в оплаті оренди, такі як HUD, Section 8 тощо** Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ ТАК ☐ НІ

ТИП ВИТРАТ НА ЖИТЛО	ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ОПЛАЧУЄ	СКІЛЬКИ СПЛАЧУЄ КОЖЕН	ЯК ЧАСТО ВИСТАВЛЯЮТЬСЯ РАХУНКИ
		$	
		$	

COUNTY USE ONLY

Housing verified: ☐ YES ☐ NO

Total housing: $ _____

Shared housing: ☐ YES ☐ NO

FS (37) **A. Чи оплачує хтось комунальні послуги?** ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "ТАК", відзначте усі нижче наведені квадратики, 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)	

FS **B. Чи ви використовуєте газ, електрику або інше паливо для опалення або охолодження?** ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо "ТАК", відзначте нижче.

КОМУНАЛЬНА ПОСЛУГА ОХОЛОДЖЕННЯ?	ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ДЛЯ ОПАЛЕННЯ АБО	
Газ	☐ ТАК	☐ НІ
Електрика	☐ ТАК	☐ НІ
Інше паливо	☐ ТАК	☐ НІ

Utilities verified: ☐ YES ☐ NO

Verification not required ☐

Utility allowance
- ☐ SUA
- ☐ LUA
- ☐ TUA
- ☐ None allowed

FS (38) **Ви можете надати іншому члену вашої родини або комусь поза межами вашої родини право використовувати пільги за програмою талонів на харчування, щоб купувати для вас їжу. Якщо ви хочете надати комусь таке право, заповніть нижче:**

ІМ'Я УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА	АДРЕСА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
		( )

☐ F.S. I.D. Issued

CA MC (39) **Чи хтось отримував медичні послуги/послуги для вагітних цього місяця або протягом трьох місяців до цього місяця?** Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ІМ'Я ОСОБИ, ЩО ОТРИМУЄ ДОГЛЯД	МІСЯЦІ НАДАННЯ ДОГЛЯДУ	ОПЛАТА ЗА ДОГЛЯД		ЧИ ХОЧЕТЕ ВИ ОТРИМУВАТИ ПОСЛУГИ ЗА ПРОГРАМОЮ MEDI-CAL ЗА ЦІ МІСЯЦІ?	
		ТАК	НІ	ТАК	НІ

COUNTY USE ONLY

Retroactive Application
- ☐ Retro Only
- ☐ Retro and Cont.
- ☐ MC 210A

CA FS MC (40) **Чи є у когось покриття за програмою MEDICARE ?** Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ХТО МАЄ	НОМЕР МЕДИЧНОГО ЗАПИТУ	(✔) ЯК СПЛАЧУЮТЬСЯ МІСЯЧНІ ПЛАТЕЖІ			
		ЗА	ВИРАХОВАНО З ЧЕКУ	СПЛАЧЕНО ВАМИ	ІНШЕ
		Part A			
		Part B			
		Part A			
		Part B			

- ☐ MEDICARE referral
- FS: ☐ DFA 285-C Gross Premium $ _____
- ☐ QMB
- ☐ SLMB/QI
- ☐ QDWI

CA MC (41) **Чи є у когось медична, стоматологічна, офтальмологічна, лікарняна страховка або страховка з довготермінового догляду або медичні плани, такі як Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS тощо?** Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

СТРАХОВА КОМПАНІЯ	ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА	ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ	СУМА СТРАХ.ПРЕМІЇ	ЯК ЧАСТО СПЛАЧУЄТЬСЯ
			$	
			$	

State Certified LTC Policy: ☐ YES ☐ NO

- ☐ DHS 6155

Benefits Paid Out $_____

CA MC (42) **Чи має хтось медичну страховку, надану батьками, працедавцем або відсутнім батьком/матір'ю, на отримання якої заява не подавалась?** Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

СТРАХОВА КОМПАНІЯ	ОСОБА, ЯКА ПОВИННА БУТИ ЗАСТРАХОВАНА	СУМА СТРАХ.ПРЕМІЇ	ЯК ЧАСТО СПЛАЧУЄТЬСЯ
		$	
		$	

- ☐ DHS 6155

CA MC (43) **Чи страховка життя будь-якої особи закінчується або закінчилась протягом останніх 60 днів?** Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

СТРАХОВА КОМПАНІЯ	ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА	ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ	СУМА СТРАХ.ПРЕМІЇ	ЯК ЧАСТО СПЛАЧУЄТЬСЯ
			$	
			$	

- ☐ DHS 6155

CA MC (44) **Чи хтось має інвалідність, спричинену травмою або нещасним випадком, і через це він/вона не може працювати або задовольняти свої потреби?** Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ІМ'Я ОСОБИ	ТИП ПРОБЛЕМИ	ДАТА ПОЧАТКУ ПРОБЛЕМИ	ОЧІКУВАНА ДАТА ОДУЖАННЯ

- ☐ Third Party Liability

CA FS (45) **A. Чи є у когось 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:

Verified: ☐ YES ☐ NO
Special Need: ☐ YES ☐ NO
Amount: $ _____

CA FS MC **B. Чи є у родині дитина або інвалід, що потребує догляду від іншого члена родини?** Якщо "ТАК", поясніть: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

CA MC **C. Чи є інвалід, який працює та має фактичні медичні витрати (на інвалідий візок тощо), які потрібні особі, щоб вона могла працювати?** Якщо "ТАК", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ІМ'Я ОСОБИ	ТИП ВИТРАТ	СУМА
		$
		$

- ☐ Receipts
- ☐ MC 272 ☐ MC 273
- ☐ IRWE (QMB and SGA)
- FS: ☐ DFA 285-C

CA FS **D. Чи хтось отримує послуги за програмою надання послуг вдома (IHSS)?** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Якщо "ТАК", хто отримує послуги? _____ Скільки ви платите щомісяця? $_____

			COUNTY USE ONLY	
			YES	NO
CA (46)	**Чи хоче родина подати заяву на отримання сплати особливих потреб на житло або необхідні предмети домашнього ужитку, що були втрачені або пошкоджені за неочікуваних або надзвичайних обставин, таких як землетрус, пожежа чи повінь?** Якщо "ТАК", поясніть нижче.	☐ ТАК ☐ НІ	Special Need Verified	
			Eligible for Special Need	
CA FS (47)	**Чи будь-який член вашої родини ухиляється або переховується від правосуддя для уникнення переслідування за скоєний злочин, арешту або ув'язнення, або порушує умови звільнення на поруки чи умовно-дострокового звільнення?** Якщо "ТАК", зазначте ім'я цієї особи:	☐ ТАК ☐ НІ		
CA FS (48)	**Чи вас або будь-якого члена вашої родини було засуджено за злочин, пов'язаний з наркотиками? Якщо "Ні", переходьте до запитання 49.**	☐ ТАК ☐ НІ	FS convictions after 8/22/96 CW convictions after 1/1/98	
	Якщо "Так", Ім'я: _____ Дата засудження: _____ .			
	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	Qualifying Drug Felon? ☐ Yes ☐ No	
	• Заохочування, схиляння, підбурювання чи залякування неповнолітніх з метою участі в одній з вище зазначених дій?	☐ ТАК ☐ НІ	Meets felony conditions of eligibility? ☐ Yes ☐ No	
	Чи ви або 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 та маєте підтвердження цього?	☐ ТАК ☐ НІ		
	Якщо Так, поясніть: _____			

		ТАК	НІ	
CA MC (49)	**Доступні такі послуги. Ваші відповіді на ці запитання не вплинуть на ваше право на отримання пільг. Відзначте (✔) "ТАК" або "НІ" для кожного пункту.**			
	A. Для захисту здоров'я вашої сім'ї за запитом через програму здоров'я дітей та запобігання інвалідності (CHDP) для членів сім'ї до 21 року, які мають право на допомогу, доступні регулярні медогляди.			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____
	• Чи хочете ви отримати більше інформації про послуги CHDP?			☐ CHDP Referral
	• Чи хочете ви отримувати медичні послуги за програмою CHDP?			☐ Social Services Referral (MCO)
	• 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. Чи хочете ви отримати більше інформації про послуги з імунізації?			☐ Referred for Immuniz.
	C. Якщо ви вагітні, ви можете отримати допомогу з пошуку лікаря, отриманні здорової їжі та іншу допомогу. Чи хочете ви поговорити з кимось про таку допомогу?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
	D. Ви годуєте грудьми?			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
	Якщо "ТАК", чи ви народили цю дитину протягом останніх 12 місяців?			
	Якщо ви відзначили "ТАК" на питання (49) C або D, ви маєте право на отримання послуг за програмою спеціального додаткового харчування для жінок, немовлят та дітей (WIC).			☐ WIC referral
	E. Чи ви або будь-який член сім'ї хоче отримати безкоштовні або дешеві послуги з планування сім'ї для запобігання незапланованим вагітностям та/або для народження наступної дитини? Якщо "ТАК", зверніться до вашого лікаря з медичної страховки або до звичайного лікаря. Або для отримання інформації та місця розташування конфіденційних клінік з планування сім'ї, зателефонуйте за безкоштовним номером телефону 1-800-942-1054.			☐ 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 громадянства та імміграції (USCIS) (колишній INS) для перевірки імміграційного статусу, та інформація, яку округ отримає від USCIS, може вплинути на моє право на отримання грошової допомоги, талонів на харчування й усіх послуг за програмою Medi-Cal. Однак, якщо я подаю заяву на отримання послуг тільки за програмою Medi-Cal, ТА якщо яне 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 USCIS.
- 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-який член родини, якого було засуджено за злочин, пов'язаний з наркотиками, після 22 серпня 1996 року - за зберігання, вживання, виробництво, продаж, розповсюдження наркотичних речовин, або будь-яку діяльність, пов’язану з цими незаконними діями, чи вирощуванням, культивуванням або переробкою маріхуани, чи залученням неповнолітніх до вище зазначених дій, не може отримувати пільги за програмою талонів на харчування.
- Для грошової допомоги та талонів на харчування округ вимагатиме, щоб у мене та певних членів родини зняли відбитки пальців та сфотографували. Якщо я не допомагатиму, мені може бути відмовлено у наданні пільг або їх надання припинено.

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 $10 000,00 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(ла) округу неправдиву інформацію про свою 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)			ДАТА
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

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