# АНКЕТА НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

**ДЛЯ ПРОСИТЕЛЯ:** *Пожалуйста, заполните разделы с 1 по 7 на этой форме. Информация на этой форме будет проверена.*
**Заметка:** *Сохраните свою копию этой формы. Если вы не получили ответ в течение 30 дней, сообщите об этом представителю округа по номеру телефона указанному ниже в разделе "ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ".*

* **НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ:** Вы обязаны предоставить свой(и) номер(а) социального страхования, как требуется в 42 USC 405 и MPP 30-769.71. Эта информация будет использована при определении вашего права на льготы и координирования информации с другими агентствами.

| НОМЕР ДЕЛА: | ДАТА ПОДАЧИ ФОРМЫ: |
|---|---|
| | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ИМЯ, ФАМИЛИЯ | | | *НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ |
| АДРЕС | | | ПОЛ ☐ Муж. ☐ Жен. |
| ГОРОД | почтовый индекс | телефон ( ) | дата рождения |

| | | |
|---|---|---|
| 2. Вы ветеран? ☐ Да ☐ Нет | Вы супруг(а)/ребенок ветерана? ☐ Да ☐ Нет | ЕСЛИ "ДА" ПРЕДОСТАВЬТЕ ИМЯ ВЕТЕРАНА И НОМЕР ИСКА. |

3. Получаете ли вы льготы SSI/SSP? ☐ Да ☐ Нет

ЕСЛИ "ДА", ОТМЕТЬТЕ ВИД ВАШЕГО ПРОЖИВАНИЯ: ☐ Независимое проживание ☐ Пансион и присмотр ☐ Дом другого

ЗАПРАШИВАЕМЫЙ ВИД УСЛУГ:

4. Получали ли вы услуги по присмотру (IHSS) в прошлом? ☐ Да ☐ Нет
Если "ДА", заполните следующее:

| ДАТА И МЕСТО, ГДЕ В ПОСЛЕДНИЙ РАЗ УСЛУГИ БЫЛИ ПОЛУЧЕНЫ | КОЛ-ВО ЧАСОВ | ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ИМЯ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО) |
|---|---|---|
| | | |

| 5. **УКАЖИТЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ В СЕМЕЙНОЙ ГРУППЕ** | **ДАТА РОЖДЕНИЯ** | ***НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ** |
|---|---|---|
| ИМЯ СУПРУГИ(А) ☐ ИМЯ РОДИТЕЛЯ ☐ | | |
| РЕБЕНОК/ДРУГОЙ РОДСТВЕННИК | | |
| РЕБЕНОК/ДРУГОЙ РОДСТВЕННИК | | |

6. Закон требует, чтобы была представлена информация о национальном происхождении и родном языке. Если вы не заполните этот раздел, сотрудники отдела социальных услуг определят это сами. Эта информация не повлияет на ваше право на получение услуг.

A. Моя национальность (*см. вторую стр. для правильного кода):* ☐

B. Я говорю и понимаю английский язык: ☐ Да ☐ Нет
мой родной язык (*см. вторую стр. для правильного кода:*) ☐

7. Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является правдой, насколько это известно мне. Если подтверждение вышеуказанного потребуется в будущем, я согласен полностью сотрудничать.

| ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: | ДАТА: | ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПРОСИТЕЛЯ: | ДАТА |
|---|---|---|---|
| АДРЕС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ | НОМЕР ТЕЛЕФОНА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: ( ) | | РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ; |

## FOR AGENCY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

| INCOME ELIGIBLE: | STATUS ELIGIBLE: | VERIFICATION: | SIGNATURE OF SOCIAL WORKER OR AGENCY REPRESENTAIVE: | TELEPHONE NUMBER: |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Yes ☐ No | ☐ Yes ☐ No | | ▶ | ( ) |
| RECIPIENT STATUS: ☐ Refugee ☐ Cuban/Haitian Entrant | | SOURCE OF VERIFICATION FOR REFUGEE OR ENTRANT STATUS (EXPLAIN) | | |

## RECERTIFICATION OF ELIGIBILITY FOR SERVICES OF STATUS ELIGIBLES

| DATE | SOURCE OF VERIFICATION | WORKER SIGNATURE | DATE | SOURCE OF VERIFICATION | WORKER SIGNATURE |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



*(См. оборот.)*

## A. Коды этнических групп:

1. Белые
2. Испанцы
3. Черные
4. Другие азиаты или жители Тихоокеанских о-вов
5. Американские индейцы или коренные жители Аляски
7. Филиппинцы

C. Китайцы
H. Камбоджийцы
J. Японцы
K. Корейцы
M. Уроженцы о-вов Самоа
N. Азиатские индейцы
P. Уроженцы Гавайских о-вов
R. Уроженцы о-ва Гуам
T. Лаосцы
V. Вьетнамцы

## B. Коды языков:

. Американский язык для глухонемых (AMISLAN или ASL)
1. Испанский - N A (извещение) будет выслано на испанском языке
2. Кантонский диалект
3. Японский
4. Корейский
5. Тагальский
6. Другой не английский
7. Английский
9. Испанский - N A (извещение) будет выслано на английском языке

A. Другой язык для глухонемых
B. Мандаринский диалект
C. Другой китайский язык
D. Камбоджийский
E. Армянский
F. Илокано
G. Миен
H. Монг
I. Лаосский
J. Турецкий
K. Иврит
L. Французский
M. Польский
N. Русский
P. Португальский
Q. Итальянский
R. Арабский
S. Самоанский
T. Тайский
U. Фарси
V. Вьетнамский