



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ CALFRESH

Если вы являетесь нетрудоспособным лицом или нуждаетесь в помощи с данным заявлением, обратитесь в Окружное управление социальной помощи (далее – Округ), и вам обязательно помогут.

Если вы предпочитаете говорить, читать или писать на языке, отличном от английского, Округ предоставит вам бесплатного переводчика.

Как подать заявление?

Используйте данную форму для подачи заявления только на получение льгот программы CalFresh. CalFresh — это программа продовольственной помощи для членов вашего домохозяйства. Если вы хотите подать заявление на получение льгот по другим программам, например CalWORKs или Medi-Cal, попросите форму заявления на участие в других программах. Подать заявление на участие в программе CalFresh и других программах можно также в режиме онлайн на сайте <http://www.benefitscal.org/>. Вы можете узнать, имеете ли вы право на получение льгот по данной программе, посетив сайт <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- Если сможете, заполните форму заявления полностью. Для начала рассмотрения вашего заявления на получение льгот вы должны предоставить Округу, по крайней мере, свои имя и фамилию, адрес и подпись (вопрос 1 на странице 1 заявления).
- Предоставить заявление Округу вы можете лично, по почте, по факсу или в режиме онлайн.
- Дата получения Округом подписанного вами заявления считается датой начала рассмотрения вашего дела по получению льгот. Если вы находитесь в каком-либо учреждении, датой начала рассмотрения считается день, когда вы покидаете данное учреждение.

Что делать дальше?

- Ознакомьтесь со своими правами и обязанностями, прочитав правила программы (правила программы, страницы 1-5), прежде чем подписывать заявление.
- Вы должны пройти собеседование с представителями администрации Округа для того, чтобы обсудить с ними ваше заявление. В большинстве случаев собеседование проходит по телефону, однако собеседование может быть проведено лично в офисе Округа или другом месте, согласованном с Округом. Если у вас есть инвалидность, специальные условия могут быть созданы для проведения собеседования.
- Если вы не смогли заполнить заявление полностью, вы сможете это сделать в ходе собеседования.
- Вам будет необходимо предоставить доказательства своих доходов, расходов и наличия прочих обстоятельств, для проверки вашего соответствия критерия получения льгот.

Сколько времени будет рассматриваться заявление?

Процедура рассмотрения заявления может занять до 30 дней. Вы можете получить льготы в течение 3 календарных дней, если вы соответствуете одному из критериев ускоренного обслуживания:

- Общий месячный доход вашей семьи (доход до вычета налогов) составляет менее \$150, а сумма имеющихся у вас наличных денег, а также средств на текущем и сберегательном счетах составляет \$100 или менее; **или**
- Размер расходов на жилье вашего домохозяйства (оплата аренды/ипотеки и коммунальных услуг) превышает ваш общий месячный доход, а также сумму имеющихся у вас наличных денег и сумму средств на текущем и сберегательном счетах; **или**
- Вы являетесь мигрантом или сезонным работником на ферме, сумма ваших средств на текущем и сберегательном счетах составляет менее \$100, и 1) вы больше не получаете доход; или 2) вы начали получать доход, но ожидаете, что получите не более \$25 в течение последующих 10 дней.

Для того чтобы помочь Округу определить, имеете ли вы право на получение льгот в течение 3 дней, ответьте на вопросы 1, 6-8, 11 и 16 и предоставьте Округу свое удостоверение личности (если имеется) вместе с заявлением.

Округ отправит вам уведомление, в котором будет указано, будут ли предоставлены вашей семье запрашиваемые льготы по программе CalFresh.

Конференция с агентством

Конференция с учреждением - это процесс, который предоставляет семье право попросить об очной встрече с начальником отдела определяющего право на льготы (на этой встрече может присутствовать работник отдела, определяющий право на льготы, и уполномоченный представитель) для того, чтобы в неофициальном порядке разрешить все разногласия о том, соответствует ли домохозяйство критериям ускоренного обслуживания.

Конференция с учреждением должна быть назначена в течение двух рабочих дней со дня запроса, если только домохозяйство не запросит более позднюю дату слушания или заявит, что не хочет проводить конференцию с учреждением.

Что мне нужно для прохождения собеседования?

Во избежание задержек в рассмотрении вашего дела, принесите на собеседование следующие доказательства. Вы должны пройти собеседование в назначенное время, даже если у вас нет доказательств. Округ может помочь вам в получении необходимых доказательств. В ходе собеседования представитель Округа ознакомится с информацией, представленной в заявлении, и задаст вам вопросы, чтобы убедиться в том, что вы имеете право на получение льгот по программе CalFresh, а также определить размер полагающихся вам льгот

Необходимые доказательства для получения льгот:

- Удостоверение личности (водительское удостоверение, выданное штатом удостоверение личности, паспорт).
- Подтверждение факта проживания по указанному адресу (договор аренды жилья, текущий счет за коммунальные услуги с указанием вашего адреса).
- Номера социального страхования (см. нижеуказанные примечания в отношении лиц, не являющихся гражданами США).
- Доказательство наличия средств на банковских счетах всех членов вашего домохозяйства (последние банковские отчеты).
- Доказательства заработанных доходов в течение предыдущих 30 дней для каждого члена вашего домохозяйства (Корешки недавних зарплатных чеков, справка от работодателя). **ПРИМЕЧАНИЕ:** Лица, занимающиеся предпринимательством, обязаны предоставить документацию о доходах, расходах или налоговую документацию.
- Доказательства нетрудовых доходов (пособие по безработице, выплаты по программе SSI (вспомогательная социальная помощь), льготы по программам социального обеспечения, льготы ветеранам, алименты на ребенка, компенсации работникам, гранты или займы на получение образования, доходы за счет аренды и т.д.).
- Доказательство наличия законного иммиграционного статуса **ТОЛЬКО** для лиц, не являющихся гражданами США и обращающихся за получением льгот (грин-карта, виза).

ПРИМЕЧАНИЕ: Некоторым лицам, не являющимся гражданами США и обращающимся за получением иммиграционного статуса в качестве жертвы домашнего насилия, уголовного преследования или торговли людьми, может не потребоваться предъявление этого доказательства. Им также может не потребоваться номер социального страхования.

Необходимые доказательства для получения дополнительных льгот CalFresh:

- Расходы на жилье (квитанции об уплате аренды, счета за ипотеку, счет на налог на недвижимость, страховые документы).
- Услуги телефонной связи.
- Расходы на медицинские услуги для пожилых (60 лет и старше) или нетрудоспособных членов вашего домохозяйства.
- Расходы по уходу за ребенком или взрослым, вызванные тем, что другому члену домохозяйства необходимо работать, искать работу, посещать курсы или учебное заведение либо принимать обязательное участие в трудовой деятельности.
- Алименты на ребенка, выплачиваемые кем-либо из членов вашего домохозяйства.

Как получить и использовать льготы по программе CalFresh?

- Округ вышлет вам по почте или передаст лично в руки пластиковую карту системы электронных расчетов путем (EBT). Льготы поступят на данную карту, как только ваше заявление будет удовлетворено. Подпишите свою карту после получения. Вы придумаете персональный идентификационный кодер (PIN-код), для пользования картой.
- Если ваша карта EBT утеряна, украдена, повреждена или если вы считаете, что постороннее лицо, не имеющее право пользоваться вашими льготами, может знать ваш PIN-код, незамедлительно позвоните по номеру (877) 328-9677 или в Округ. Убедитесь, что все взрослые члены вашей семьи и ваш уполномоченный представитель также осведомлены о том, как незамедлительно сообщить о подобных происшествиях. Если вы не сообщите о том, что постороннее лицо, которому вы не давали права распоряжаться вашими льготами, получило ваш PIN-код, и если вы не измените ваш PIN-код, льготы, использованные с вашего счета, не будут возмещены.
- Вы можете пользоваться льготами CalFresh для покупки практически всех продуктов питания, а также семян и растений, необходимых для выращивания собственных продуктов питания. Вы не можете покупать спиртное или табачные изделия, корм для животных, некоторые виды готовой еды, товары, не относящиеся к продуктам питания (например, зубную пасту, мыло, бумажные полотенца).
- Льготы CalFresh принимаются к оплате в большинстве продовольственных магазинов и в других местах, где продаются продукты питания. Чтобы ознакомиться с перечнем магазинов, принимающих карты EBT в вашем районе, можно ознакомиться на сайтах: <https://www.ebt.ca.gov> или <https://www.snapfresh.org>.
- Льготы по программе CalFresh предназначены для использования только вами и членами вашего домохозяйства. Надежно храните предоставляемые вам льготы. Не сообщайте никому свой PIN-код. Не храните свой PIN-код вместе с вашей картой EBT.

Что делать, если я бездомный?

Незамедлительно сообщите Округу о том, что вы бездомный, чтобы представители Округа могли помочь вам определить адрес, необходимый для приема от вас заявления и получения уведомлений от Округа по вашему делу. Для программы CalFresh бездомными являются те, кто:

- A. Проживает в специальном приюте, социальной квартире или другом подобном месте.
- B. Проживает в доме другого лица или другой семьи непрерывно в течение не более 90 дней.
- C. Спит в необорудованном для этого месте или в месте, не предназначенном для сна (коридор, автовокзал, холл здания и другие подобные места).

Информационная страница - Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Вы обязаны:

- Предоставить Округу всю информацию, необходимую для подтверждения вашего права на получение льгот.
- При необходимости предоставить Округу доказательства тех данных, которые вы предъявляете.
- Сообщать об изменениях согласно требованиям. Округ предоставит вам информацию о том, что должно содержаться в отчете, когда и в каком виде необходимо его подавать. Если вы не выполняете требования по отчетности о состоянии вашего домохозяйства, ваше дело будет закрыто, или размер получаемых льгот будет понижен, или их предоставление будет полностью прекращено.
- Искать, получать и сохранять работу либо участвовать в других видах деятельности, если Округ сообщит вам, что это требуется в рамках вашего дела.
- В полной мере взаимодействовать с представителями Округа, штата и федеральных структур, если ваше дело отобрано для пересмотра или расследования с целью подтверждения ваших прав и правильного определения размера полагающихся вам льгот. В случае отказа сотрудничать в ходе пересмотра дела, вы потеряете право на получение льгот.
- Полностью вернуть полученные льготы CalFresh, которые вы получили, не имея на то права.

Вы имеете право:

- Подать заявление на участие в программе CalFresh, предоставив только ваше имя и фамилию, адрес и подпись.
- При необходимости воспользоваться услугами переводчика, предоставляемыми бесплатно администрацией штата.
- Требовать сохранения конфиденциальности предоставляемой Округу информации, если она напрямую не относится к выполнению программ Округа.
- Забрать своё заявление в любой момент до того, как Округ установит ваше право на получение льгот.
- Попросить помощи в заполнении анкеты CalFresh, а так же объяснения правил.
- Попросить помощи в получении необходимых доказательств.
- Право на вежливое и уважительное и внимательное отношение и отсутствие дискриминации со стороны сотрудников.
- Получить льготы по программе CalFresh в течение 3 дней, если существуют основания для ускоренного обслуживания.
- Пройти собеседование с представителями Округа в разумные сроки при подаче заявления и получить решение о вашем праве на получение льгот в течение 30 дней.
- Иметь в распоряжении как минимум 10 дней для предоставления Округу доказательств, необходимых для определения вашего права на льготы.
- Получить письменное уведомление не менее, чем за 10 дней до того, как Округ уменьшит или полностью остановит льготы CalFresh.
- Обсуждать ход вашего дела с представителями Округа и производить пересмотр вашего дела по вашему требованию.
- Ходатайствовать о проведении слушания администрацией штата в течение 90 дней, если вы не согласны с решением Округа, касающегося вашего дела CalFresh. Если вы запросили административное слушание до того, как по вашему делу CalFresh принято действие, ваши льготы CalFresh до момента проведения слушания или до конца срока действия ваших прав в зависимости от того, что наступит ранее, не будут изменены. Вы можете попросить об изменении ваших льгот до момента окончания слушания во избежание необходимости возвращать неправомерно полученные льготы. Если судья по административным делам вынесет решение в вашу пользу, Округ вернет вам все отмененные или сокращенные льготы.
- Узнать подробнее о своих правах на ходатайство о проведении слушания или обратиться за услугами бесплатной юридической помощи вы можете по бесплатному номеру **1-800-952-5253**. Лица с нарушениями слуха или речи, пользующиеся средствами связи для плохо слышащих, могут набрать номер телефона **1-800-952-8349**. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь, обратившись в местное отделение оказания бесплатной юридической помощи или орган социального обеспечения.
- Пригласить друга или кого-то другого на слушание, если вы не хотите участвовать в нем в одиночку.
- Получить помощь от Округа в регистрации для участия в голосовании.
- Сообщать об изменениях, о которых вы не обязаны сообщать, если это может способствовать увеличению льгот CalFresh.
- Предоставить доказательства расходов вашего домохозяйства, которые могут способствовать получению дополнительных льгот CalFresh. Непредставление доказательства Округу приравнивается к заявлению о том, что ваше домохозяйство не имеет расходов, и вы не сможете претендовать на получение дополнительных льгот по программе CalFresh.
- Известить Округ о том, что вы хотели бы предоставить третьему лицу право пользования своими льготами CalFresh для улучшения состояния своего домохозяйства или что вы хотели бы получить помощь от третьего лица в рамках вашего дела по программе CalFresh (уполномоченный представитель).

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Правила программы и Наказания

Если вы сознательно предоставляете искаженную или ложную информацию или сознательно скрываете часть информации с целью получения льгот CalFresh, на которые вы не имеете права, или оказываете содействие третьему лицу в получении льгот, на которые он/она не имеет права, то вы совершаете преступление. Вы должны вернуть все льготы, полученные вами неправоммерно.

<p>Нарушения программы CalFresh: Я понимаю, что я, возможно, умышленно нарушил программу, если я:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Буду скрывать информацию или предоставлю ложную информацию • Использую карты электронных расчетов (EBT), принадлежащие другим лицам или разрешу кому-либо пользоваться моей картой EBT • Воспользуюсь льготами программы CalFresh для покупки спиртного и табачных изделий • Обменяю, куплю, продам, украду или отдам льготы CalFresh или карты EBT или попытаюсь обменять, купить, продать, украсть или отдать льготы программы EBT или карты EBT • Попытаюсь получить двойную сумму льгот, например, запросив льготы в двух или более разных округах одновременно • Сдам фальшивые документы на детей или взрослых членов семейной группы, которые не имеют право на получение льгот или которые не существуют • Нарушу условия своего условного осуждения или условно-досрочного освобождения • Скроюсь после осуждения за уголовное преступление • Приобрету (куплю) продукт, используя льготы CalFresh, у которого есть возврат депозита, сознательно (специально) выброшу содержимое и верну контейнер, чтобы получить сумму депозита, или попытаюсь вернуть контейнер, чтобы получить сумму депозита • Куплю продукты, используя льготы CalFresh, и сознательно перепродам их за наличные или в обмен на что либо еще, кроме разрешенных продуктов питания 	<p>Наказания Я могу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Потерять право на получение льгот CalFresh на 12 месяцев за первое нарушение и буду обязан вернуть неправоммерно полученные мною льготы по программе CalFresh в полном объеме • Потерять право на получение льгот CalFresh на 24 месяца за второе нарушение и буду обязан вернуть неправоммерно полученные мною льготы по программе CalFresh в полном объеме • Навсегда потерять право на получение льгот CalFresh за третье нарушение и буду обязан вернуть неправоммерно полученные мною льготы по программе CalFresh в полном объеме • Быть оштрафован в размере до \$250,000.00, получить наказание в виде лишения свободы на срок до 20 лет или получить оба наказания одновременно
<ul style="list-style-type: none"> • Обменяю льготы CalFresh или <u>попытаюсь</u> обменять льготы CalFresh на: наличные, огнестрельное оружие, неразрешенные товары или контролируемые вещества, например, наркотики 	<ul style="list-style-type: none"> • Потерять право на получение льгот CalFresh на 24 месяца за первое нарушение • Навсегда потерять право на получение льгот CalFresh за второе нарушение
<ul style="list-style-type: none"> • Предоставлю ложную информацию о том, кто я такой и где я живу, чтобы получить дополнительные льготы CalFresh 	<ul style="list-style-type: none"> • Потерять право на получение льгот CalFresh на 10 лет за каждое нарушение
<ul style="list-style-type: none"> • Буду осужден за обмен, продажу или <u>попытку</u> обмена или продажи льгот CalFresh стоимостью более \$500 или обмен или <u>попытку</u> обмена льгот CalFresh на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества 	<ul style="list-style-type: none"> • Навсегда потерять право на получение льгот CalFresh

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Важная информация для лиц, не являющихся гражданами США

- Вы можете подать заявление на получение льгот CalFresh для членов семьи, соответствующим критериям для их получения, даже если среди членов вашей семьи есть те, кто не имеет права на получение льгот. Например, родители-иммигранты могут подать заявление на получение льгот по программе CalFresh для своих детей, которые имеют гражданство США или признаны иммигрантами, имеющими право на получение льгот, даже если родители, возможно, не имеют прав на получение льгот.
- Получение продовольственных льгот никак не отразится на вашем иммиграционном статусе и статусе вашей семьи. Информация об иммиграционном статусе является личной конфиденциальной информацией.
- Иммиграционный статус заявителей, не являющихся гражданами США, но имеющих право на получение льгот, подлежит проверке в Службе гражданства и иммиграции США (USCIS). Согласно федеральному законодательству, Служба гражданства и иммиграции США не может использовать полученную информацию за исключением случаев мошенничества.

Отказ от участия:

Вы не обязаны предоставлять иммиграционную информацию, номера социального страхования (SSN) или документы на членов домохозяйства, которые не являются гражданами и не запрашивают льготы CalFresh. Однако, округ должен знать информацию об их доходе и ресурсах, для правильного определения суммы льгот CalFresh. Округ не будет связываться с USCIS в отношении лиц, не запрашивающих льготы CalFresh.

Закон о конфиденциальности данных и оговорка: В заявлении вы предоставляете личную информацию. Округ использует эту информацию, чтобы определить, имеете ли вы право на льготы. Если вы не предоставите запрошенную информацию, Округ может отказать вам в вашем запросе. У вас есть право на пересмотр, изменение, или исправление любой информации, которую вы предоставили Округу. Округ не покажет вашу информацию и не передаст ее другим, если только вы не дали Округу разрешение на это или законы федерации или штата позволяют им это сделать. 273,2(b)(4) Privacy Act Statement. В качестве учреждения округа, мы должны известить все домохозяйства, которые запрашивают льготы и проходят переосвидетельствование на получение льгот CalFresh, о следующем:

- (i) Сбор этой информации, включая номер социального страхования (SSN) каждого члена домохозяйства, разрешен по Закону о продовольственных талонах от 1977 года, с поправками Свода законов 7 U.S.C. 2011-2036. Информация будет использована для определения права на участие или продолжение участия в программе CalFresh. Мы проверим эту информацию с помощью специальных компьютерных программ, включая систему проверки прибыли и дохода (IEVS). Эта информация будет использована для контроля за соблюдением правил программы и управления программой.
- (ii) Эта информация может быть предоставлена другим учреждениям федерации или штата для официального рассмотрения и правоохранительным органам с целью задержания лиц, скрывающихся от закона.
- (iii) Если у программы CalFresh возникнет иск к вашему домохозяйству, то информация в этой анкете, включая номер социального страхования (SSN), может быть отправлена учреждениям федерации или штата, а также частным коллекторским агентствам для сбора платежей.
- (iv) Предоставление запрошенной информации, включая номер социального страхования каждого члена домохозяйства, производится добровольно. Тем не менее, отказ предоставить номер социального страхования приведет к отказу в предоставлении льгот CalFresh каждому лицу, которое не предоставит номер социального страхования. Любые номера социального страхования будут использоваться и разглашаться таким же образом, как и номера социального страхования членов домохозяйства, имеющих право на льготы.

Округ может проверить иммиграционный статус членов домохозяйства, подающих заявление на льготы, обратившись в USCIS. Информация, полученная округом от этих учреждений, может повлиять на ваше право получения льгот и их уровень.

Округ проверит ваши ответы, используя информацию государственных и федеральных электронных баз данных из Налогового управления (IRS), Управления социального обеспечения, Департамента национальной безопасности и / или агентства по сбору информации. Если информация не совпадает, округ может попросить Вас прислать доказательства.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Использование номеров социального страхования (SSN): Каждый запрашивающий льготы CalFresh обязан предоставить SSN, если он у вас есть, или доказательство того, что Вы запросили SSN (например, письмо из Управления социального страхования). Округ может отказать в льготах CalFresh вам или любому члену домохозяйства, который не предоставит нам SSN. Некоторые лица не обязаны предоставлять нам SSN для получения помощи, например, жертвы бытового насилия, свидетели обвинения и жертвы торговли людьми.

Переплата: Это значит, что вы получили больше льгот CalFresh, чем вы должны были получить. Вам придется их вернуть, даже если Округ совершил ошибку, или это произошло случайно. Получаемые вами льготы могут быть уменьшены или прекращены. Ваш SSN может быть использован для удержания задолженной суммы льгот через суды, другие агентства по сбору или для иска федеральным правительством.

Отчетность: Ваше домохозяйство должно продолжать сообщать Округу об определенных изменениях, запрошенных округом. Если вы не будете сообщать, получаемые вами льготы могут быть уменьшены или прекращены. Вы также можете сообщать о наступлении ситуаций, которые могут повлиять на увеличение размера льгот, например уменьшение дохода.

Административные слушания: Если вы не согласны с каким-либо действием в отношении вашего заявления или уже имеющихся льгот, вы имеете право на административное слушание вашего дела. Вы можете обратиться за проведением административного слушания в течение 90 дней с начала действия, принятого Округом, и вы должны сообщить нам, почему вы просите слушание. В извещении об одобрении или отказе от льгот, которое вы получите от Округа, будет информация о том, как обратиться за проведением административного слушания. Если вы обратитесь за проведением административного слушания до того, как действие вступит в силу, ваши льготы, возможно, не будут изменены до принятия решения по вашему делу.

Заявление о недопустимости дискриминации: В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в отношении гражданских прав Министерства сельского хозяйства США а также его учреждения, отделы и сотрудники и учреждения, участвующие в или управляющие программами USDA, не имеют право дискриминировать по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений или ответных мер или санкций за предыдущую деятельность в защиту гражданских прав в какой-либо программе или деятельности, осуществляемой или финансируемой Министерством сельского хозяйства США (USDA).

Лицам, с ограниченными возможностями здоровья, которым требуется альтернативные средства связи для информации о программе (т.е. шрифт Брайля, крупный текст, аудиокассеты, Американский язык жестов и т.п.) следует обратиться в учреждение (штата или местное), в котором они запросили льготы. Глухие или лица с нарушениями слуха или дефектами речи могут обратиться в USDA используя федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации по программе, заполните форму жалобы о дискриминации по программе USDA (AD 3027) которую можно найти в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, и в любом офисе USDA или обратитесь к координатору окружного отдела прав человека, или напишите письмо, адресованное USDA, и предоставьте в этом письме всю информацию, запрашиваемую в форме, или напишите в Департамент социальных услуг штата Калифорния (CDSS) по адресу, указанному ниже. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по номеру телефона: (866) 632-9992. Подайте вашу заполненную форму жалобы или письмо в USDA следующим образом:

(1) по	U.S. Department of Agriculture	CDSS
почте:	Office of the Assistant Secretary for Civil Rights	Civil Rights Bureau
	1400 Independence Avenue, S.W.	P.O.BOX 942423, M.S. 8-16-70
	Washington D.C. 20250-9410	Sacramento, CA 94244-2430
		1-866-741-6241 (Toll Free)

(2) по факсу: (202) 690-7442; или

(3) по электронной почте: program.intake@usda.gov

Это учреждение предоставляет услуги на условиях равных возможностей.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Пересмотр дел

Ваше дело может быть отобрано для дополнительного пересмотра с целью подтверждения ваших прав и правильного определения размера полагающихся вам льгот. Вы должны в полной мере взаимодействовать с представителями властей Округа, штата и федеральных структур в ходе любого расследования и пересмотра, в том числе и в ходе анализа контроля качества. В случае отказа сотрудничать в ходе пересмотра дела, вы можете потерять право на получение льгот.

Правила программы CalFresh по трудоустройству

Округ имеет право записать вас на участие в программе трудоустройства. Представители Округа сообщат вам, является ли данное трудоустройство добровольным, или же вы обязаны участвовать в данной программе. Если вы не выполняете обязательные действия, размер предоставляемых вам льгот может быть сокращен, или выплата льгот может быть приостановлена. Если вы недавно уволились с работы без уважительной причины, возможно, вы не можете претендовать на получение льгот CalFresh.

Использование карт EBT

Льготы, изъятые с вашего счета до того, как вы, другой член вашего домохозяйства или ваш уполномоченный представитель сообщит об утере или краже карты EBT или PIN-кода, **не будут** возмещены.

Любое использование вашей карты EBT вами, членом вашего домохозяйства, вашим уполномоченным представителем или иным лицом, которому вы добровольно передали карту EBT и PIN-код, будет расценено как разрешенное вами, и льготы, снятые с вашего счета в результате данного использования, **не будут** возмещены.

Если вы не сообщите о том, что постороннее лицо, которому вы не давали права распоряжаться вашими льготами, получило ваш PIN-код, и если вы не измените свой PIN-код, льготы, полученные с вашего счета, **не будут** возмещены.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

ДЛЯ ЗАПИСЕЙ

Используйте черные или синие чернила, так как они лучше всего видны при чтении и копировании. Пожалуйста, пишите разборчиво. Если вам нужно больше места для ответа на вопрос(ы), используйте раздел «Место для дополнительных записей» на странице 10 и при необходимости прикрепите дополнительные листы бумаги для предоставления информации. Убедитесь в том, что вы указали на дополнительных листах номера вопросов, ответы на которые вы предоставляете.

1. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ:

Полное имя (имя, второе имя, фамилия)		Другие имена (девичья фамилия, прозвища и т.п.)		Номер социального страхования (если имеется и если <u>Вы</u> подаете заявление на получение льгот)	
ДОМАШНИЙ АДРЕС ИЛИ ОПИСАНИЕ МЕСТОНАХОЖДЕНИЯ ВАШЕГО ДОМА			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ УКАЗАННОГО ВЫШЕ)			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

РАЗРЕШЕНИЕ НА КОНТАКТ

Пожалуйста, предоставьте округу свою подходящую контактную информацию. Это поможет при обработке вашего заявления. Предоставляя свою контактную информацию, вы разрешаете Округу связываться с вами по телефону, электронной почте, отправлять текстовое сообщение (смс) или оставлять телефонные сообщения в отношении вашего заявления.

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ СМС СООБЩЕНИЯ <input type="checkbox"/>
РАБОЧИЙ/ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ/ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	

Вы бездомный? Да Нет Если **да**, незамедлительно сообщите Округу, что вы бездомный, чтобы представители Округа могли помочь вам определить адрес, необходимый для приема от вас заявления и отправки вам уведомлений о ходе рассмотрения вашего заявления Округом.

На каком языке вы предпочитаете читать (если этот язык не английский)? _____
 На каком языке вы предпочитаете говорить (если этот язык не английский)? _____

Округ предоставит вам бесплатного переводчика. Если вы глухой или у вас проблемы со слухом, поставьте отметку здесь

(PLEASE CHECK ONE)

Есть ли у вас или у кто-либо в вашем домохозяйстве инвалидность? (необязательный вопрос) Да Нет

Нужны ли вам или кому-либо из членов вашего домохозяйства дополнительные условия из-за инвалидности (необязательный вопрос)? Да Нет

Была ли история домашнего насилия / жестокого обращения в прошлом (необязательный вопрос)? Да Нет

Заинтересованы ли вы в подаче заявления на участие в программе Medi-Cal? Если вы ответили **да**, Округ воспользуется вашими ответами для определения вашего права на получение льгот Medi-Cal. Да Нет

Ежемесячный доход вашей семьи до вычета налогов не превышает \$150, и сумма имеющихся у вас наличных денег, а также денег на текущем и сберегательном счетах не превышает \$100? Да Нет

Общий доход вашей семьи и сумма имеющихся у вас наличных денег а также денег на текущем и сберегательном счетах не превышает совокупную стоимость аренды/ипотеки и коммунальных услуг? Да Нет

Являются ли члены вашей семьи мигрантами или сезонными работниками на ферме, чьи ликвидные средства не превышают \$100, и вы либо больше не получаете доход, либо начали получать доход, но ожидаете, что получите не более \$25 в течение последующих 10 дней? Да Нет

Я понимаю, что, подписывая данное заявление под страхом наказания за лжесвидетельство (предоставление заведомо ложной информации), я подтверждаю, что:

- Я прочел, или мне прочли содержание данного заявления и мои ответы на вопросы, содержащиеся в данном заявлении.
- Все ответы, приведенные мной, являются достоверными и полными, по имеющимся у меня сведениям.
- Все ответы, которые я дам на вопросы о моем заявлении, будут достоверными и полными, по имеющимся у меня сведениям.
- Я прочел или мне прочли, я понял и согласен с Правами и Обязанностями (Правила программы, страница 1) по программе CalFresh.
- Я прочел, или мне прочли Правила и Санкции программы CalFresh (Правила программы, страница 2).
- Мне известно, что предоставляя заведомо ложную и вводную в заблуждение информацию, искажая, скрывая или не предоставляя факты, необходимые для установления прав на получение льгот программы CalFresh, я совершаю мошенничество. Мошенничество может повлечь за собой возбуждение уголовного дела, и я могу потерять право на получение льгот по программе CalFresh на некоторый срок или пожизненно.
- Я понимаю, что номера социального страхования и информация об иммиграционном статусе членов домохозяйства, подающих заявление на получение льгот, могут быть переданы в определенные государственные структуры, согласно требованиям федерального законодательства.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (ИЛИ ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ/УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ/ОПЕКУНА)	ДАТА
---	------

***Если у вас есть уполномоченный представитель, ответьте на вопрос 2 на следующей странице**

2. УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СЕМЬИ

Вы можете уполномочить лицо в возрасте от 18 лет для оказания помощи вашей семье в получении льгот CalFresh. Данное лицо может выступать от вашего имени во время собеседования, помогать вам в заполнении форм, делать для вас покупки, докладывать об изменениях вместо вас. Вы будете обязаны вернуть льготы, полученные вами неправомерно из-за предоставленной данным лицом информации Округу. Если данное лицо использует льготы без вашего разрешения, они не будут возвращены. Если вы являетесь Уполномоченным представителем, вам потребуется предоставить Округу ваше удостоверение личности и удостоверение личности заявителя.

Хотите ли вы назначить кого-либо для оказания вам помощи в участии в программе CalFresh? (Пожалуйста, выберите один вариант ответа) Да Нет

Если **да**, заполните следующий раздел:

ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
-----------------------------------	--

Хотите ли вы назначить кого-либо, кто будет получать и использовать льготы по программе CalFresh для нужд вашей семьи? (Выберите один вариант ответа) Да Нет Если **да**, заполните следующую секцию:

ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА		
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

3. РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Предоставление информации о расовой и этнической принадлежности необязательно. Данная информация запрашивается для подтверждения того, что льготы предоставляются вне зависимости от расы, цвета кожи и национальности заявителей. Ваши ответы на нижеприведенные вопросы не повлияют на ваше право на получение льгот, или их размер. Отметьте все, что имеет отношение к вам. Согласно закону, округ должен зарегистрировать вашу принадлежность к расовой и этнической группе.

Поставьте отметку здесь, если вы не хотите предоставлять Округу информацию о своей расовой и этнической принадлежности. Если вы не поставите отметку, Округ использует предоставленную Вами информацию только для статистики по защите гражданских прав.

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	Являетесь ли вы латиноамериканцем? (Пожалуйста, отметьте одно)	Если вы являетесь латиноамериканцем, считаете ли вы себя:		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Мексиканцем	<input type="checkbox"/> Пуэрториканцем	<input type="checkbox"/> Кубинцем
		<input type="checkbox"/> Другое _____		

РАСА/ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ Белый Коренной американец или уроженец Аляски Чернокожий или Афроамериканец Другое или смешанное _____

Азиат (если вы отметили этот пункт, отметьте также один или несколько нижеуказанных вариантов): Филиппинец

Китаец Японец Камбоджиец Кореец Вьетнамец Азиатский индеец Лаосец

Представитель другой азиатской национальности (Укажите) _____

Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана (если вы отметили этот пункт, отметьте также одно или более из нижеприведенного): Уроженец Гавайских островов Уроженец Гуама или Чаморро Самоанец

4. ВЫБОР ВИДА СОБЕСЕДОВАНИЯ

Вам или другому взрослому члену вашей семьи потребуется пройти собеседование с представителем Округа для обсуждения своего заявления и получения льгот по программе CalFresh. Как правило, собеседования для участия в программе CalFresh проходят по телефону, кроме тех случаев, когда собеседование проводится во время личной подачи заявления, и тех случаев, когда заявитель предпочитает пройти собеседование лично. Собеседования при личном присутствии заявителя проходят только в рабочее время администрации Округа.

Поставьте отметку здесь, если вы предпочитаете пройти собеседование лично.

Поставьте отметку здесь, если вам в связи с инвалидностью требуются другие дополнительные условия для прохождения собеседования. Укажите информацию о предпочтительной дате и времени проведения собеседования.

День: Сегодня Следующий свободный день В любой день Понедельник Вторник Среда Четверг Пятница

Время: Раннее утро До обеда После обеда Вечером В любое время

5. ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ

Получали ли вы или кто-либо из членов вашей семьи социальную помощь (по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям, Программе бесплатной медицинской помощи неимущим и малоимущим (Medicaid), Программе льготной покупки продуктов (CalFresh), Общей помощи(GA) / Общей поддержки(GR) и т.д.)? (Пожалуйста, выберите один вариант ответа) Да Нет

ЕСЛИ ДА, КТО?	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?
ЕСЛИ ДА, КТО?	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?

6а. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Предоставьте нижеследующую информацию обо всех проживающих с вами лицах, вместе с которыми вы приобретаете и готовите еду, включая вас. **Если вы подаете заявку на лиц без гражданства США, ответьте на вопросы 6b и 6с. Иначе перейдите к вопросу 6d.**

Предоставление номеров социального страхования членов семьи, не запрашивающих льготы, необязательно. Вы должны ответить на нижеследующие вопросы о каждом лице, запрашивающим льготы.

Запрашивает льготы (✓ Отметьте да или нет)	Полное имя (Фамилия, имя, инициал второго имени)	Кем приходится вам?	ДАТА РОЖДЕНИЯ	Пол (М/Ж)	Гражданин США (✓ Отметьте да или нет) Если нет, ответьте на вопрос 6b ниже	Номер Социального Страхования
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Сам/а			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Пожалуйста, перечислите имена тех, кто живет с вами, но не покупает и не готовит еду с вами:

ИМЯ	ИМЯ
ИМЯ	ИМЯ

6б. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦАХ, НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ ГРАЖДАНАМИ США - Заполните в отношении лиц, перечисленных в вопросе 6а выше, которые не являются гражданами США и обращаются за помощью.

Имя	Дата въезда в США (Если знаете)	Укажите какие-либо из следующих данных (если знаете): Номер паспорта, Регистрационный номер иностранца, и т.п.	Есть спонсор? (✓ Отметьте да или нет) Если да, ответьте на вопрос 6с ниже:
		ВИД ДОКУМЕНТА: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		ВИД ДОКУМЕНТА: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		ВИД ДОКУМЕНТА: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

(ПОЖАЛУЙСТА, ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

Есть ли у кого-нибудь из вышеуказанных лиц как минимум 10 летний (40 кварталов) стаж работы или воинской службы в США?
Если **да**, у кого? _____ Да Нет

Имеет ли, обратился ли или собирается обратиться одно из вышеуказанных лиц за получением T-Visa, U-Visa или статус VAWA?
Если **да**, кто? _____ Да Нет

6с. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦАХ, НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ ГРАЖДАНАМИ США И ИМЕЮЩИХ СПОНСОРОВ - Заполните в отношении лиц, перечисленных в пункте 6b выше, не являющихся гражданами США, имеющих спонсоров и запрашивающих помощь. Подписал ли спонсор форму I-864? Да Нет Если **да**, ответьте на остальные вопросы. Если спонсор подписал форму I-134, тогда пропустите этот вопрос.

Регулярно ли помогает спонсор деньгами? Да Нет Если **да**, какова сумма помощи? \$ _____

Регулярно ли спонсор помогает, предоставляя что-либо из указанного ниже: (отметьте все подходящие варианты)?

аренда одежда питание другое _____

ИМЯ СПОНСОРА	ПОЛУЧАТЕЛЬ СПОНСОРСКОЙ ПОМОЩИ?	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СПОНСОРА
ИМЯ СПОНСОРА	ПОЛУЧАТЕЛЬ СПОНСОРСКОЙ ПОМОЩИ?	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СПОНСОРА

6d. СТУДЕНТЫ Кто-либо, кто запрашивает льготы, включая вас, посещает колледж или профессионально-техническое училище? (Пожалуйста, выберите один из вариантов ответа) Да Нет Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Имя лица	Название учебного заведения/ образовательной программы	Форма обучения (✓ Выберите один вариант)	Они работают?
		<input type="checkbox"/> Нагрузка 50% или больше <input type="checkbox"/> Нагрузка 50% или меньше Кол-во блоков: _____	Среднее количество рабочих часов в неделю: _____
		<input type="checkbox"/> Нагрузка 50% или больше <input type="checkbox"/> Нагрузка 50% или меньше Кол-во блоков: _____	Среднее количество рабочих часов в неделю: _____

6e. Проживает ли в вашем доме приемный ребенок? Да Нет Если **да**, кто? _____

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о ребенке (детях):

Был ли этот ребенок (дети) размещен(ы) в вашем доме по распоряжению суда? (Выберите один вариант) Да Нет

Вы хотите, чтобы приемный ребенок (дети) учитывались в вашем деле CalFresh? (Выберите один вариант) Да Нет

Если **да**, получаемая сумма дохода на приемного ребенка будет считаться нетрудовым доходом.

Если **нет**, получаемая сумма дохода на приемного ребенка не будет считаться нетрудовым доходом.

7. НЕТРУДОВОЙ ДОХОД

Вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, получаете доход, не связанный с работой (не заработанный)?

(Пожалуйста, Выберите один вариант) Да Нет

Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Отметьте все виды нетрудовых доходов, перечисленные здесь (могут быть и другие, неперечисленные здесь):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Социальное обеспечение | <input type="checkbox"/> Льготы для ветеранов или военных, | <input type="checkbox"/> Выигрыш в лотерею/азартные игры |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> Финансовая помощь (школьные гранты/займы/стипендии) | <input type="checkbox"/> Помощь с арендой/едой/одеждой |
| <input type="checkbox"/> Денежная помощь | <input type="checkbox"/> Подарки или деньги | <input type="checkbox"/> Юридические или страховые урегулирования |
| <input type="checkbox"/> Программы CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> Страхование по безработице/Страховка штата по инвалидности (SDI) | <input type="checkbox"/> Личная инвалидность или выход на пенсию |
| <input type="checkbox"/> Проживание и питание (от вашего арендатора) | <input type="checkbox"/> Страхование работников на случай травмы на рабочем месте | <input type="checkbox"/> Льготы забастовщикам |
| <input type="checkbox"/> Пенсия | | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Алименты на ребенка/супруга | | |
| <input type="checkbox"/> Пенсия/пособие по инвалидности для государственных/железнодорожных работников | | |

Получатель средств?	Откуда?	Сколько?	Как часто получаете? (Единообразно, еженедельно, ежемесячно или другое)	Рассчитываете на продолжение? (✓ Отметьте Да или Нет)
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если вы не планируете продолжать получать этот доход, пожалуйста, объясните:

8. ТРУДОВОЙ ДОХОД

Вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, получает доход от работы (трудовой доход)? (Выберите один вариант ответа) Да Нет

Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к вопросу 9.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если это индивидуальный предприниматель, ответьте на вопрос 8а.

Пожалуйста, укажите весь доход **до** вычета налогов или других вычетов (доход до вычетов).

Примеры заработанного дохода: (например, полная занятость в штате, временная, сезонная работа или стажировка а также могут быть другие виды работы, неперечисленные здесь):

- Заработная плата
- Комиссионные
- Чаевые
- Оклад
- Работа во время обучения (студенты)

Кто работает	Имя и адрес работодателя	Номер телефона работодателя	Почасовая ставка	Среднее кол-во раб. часов в неделю	Как часто платят? (Единоновременно, еженедельно, ежемесячно или другое)	Общая зарплата до вычетов, полученная в этом месяце	Рассчитываете на продолжение? (<input checked="" type="checkbox"/> Отметьте Да или Нет)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если вы не планируете продолжать получать этот доход, пожалуйста, объясните:

Кто-нибудь потерял работу, сменил работу, уволился с работы или сократил количество рабочих часов за последние 60 дней? (Выберите один вариант ответа) Да Нет

ЕСЛИ ДА , КТО?	ДАТА, КОГДА ВЫ ПОТЕРЯЛИ, УВОЛИЛИСЬ ИЛИ ИЗМЕНИЛИ РАБОТУ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПОСЛЕДНЕЙ ЗАРПЛАТЫ
-----------------------	--	-----------------------------------

ПРИЧИНА?

Кто-нибудь бастует? (Пожалуйста, выберите один вариант ответа) Да Нет

ЕСЛИ ДА , КТО?	ДАТА НАЧАЛА ЗАБАСТОВКИ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПОСЛЕДНЕЙ ЗАРПЛАТЫ
-----------------------	------------------------	-----------------------------------

ПРИЧИНА?

8а. Частное предпринимательство Члены домохозяйства, занимающиеся частным предпринимательством, могут вычесть фактические расходы на частное предпринимательство или вычесть стандартные 40% из дохода от частного предпринимательства. Если вы выбираете фактические расходы, вам нужно будет предоставить округу подтверждение расходов.

Частный предприниматель	Дата начала бизнеса	Тип и название бизнеса	Ежемесячный доход до вычета налогов	Расходы на частное предпринимательство (выберите один вариант <input checked="" type="checkbox"/>)
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная скидка 40% <input type="checkbox"/> Фактический расход \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная скидка 40% <input type="checkbox"/> Фактический расход \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная скидка 40% <input type="checkbox"/> Фактический расход \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная скидка 40% <input type="checkbox"/> Фактический расход \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная скидка 40% <input type="checkbox"/> Фактический расход \$ _____

9. РАСХОДЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ/ВЗРОСЛЫМ

Вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, оплачиваете уход за ребенком, взрослым инвалидом или другим иждивенцем, чтобы вы или другой человек могли ходить на работу, в школу, на обучение или искать работу? (Выберите один вариант ответа) Да Нет

Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Кто получает помощь?	Кто присматривает? (Имя и адрес предоставляющего услуги)	Сумма оплаты?	Как часто платят? (Еженедельно / ежемесячно, другое)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Помогает ли кто-либо из вашей семьи полностью или частично оплачивать расходы по уходу за ребенком / взрослым, перечисленные выше?

Да Нет Если **да**, заполните ниже:

Кому выплачивается помощь?	Кто помогает платить?	Сумма оплаты?	Как часто платят? (Еженедельно / ежемесячно, Другое)
		\$	
		\$	

10. АЛИМЕНТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА

Вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, по закону обязаны платить алименты, в том числе задолженность?

Да Нет Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Кто платит алименты на ребенка?	Имя ребенка (детей), на которого выплачиваются алименты:	Сумма оплаты?	Как часто платят? (Еженедельно / ежемесячно, другое)
		\$	
		\$	

11. РАСХОДЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Несете ли вы или кто-либо, с кем вы покупаете или готовите еду, какие-либо бытовые расходы? Да Нет

Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

ПРИМЕЧАНИЕ: Не указывайте суммы, оплачиваемые за счет программ помощи в оплате расходов за жилье, таких как HUD или Section 8. На отопление и охлаждение, телефон, другие коммунальные услуги и приют для бездомных установлены льготы, и вам не нужно заполнять фактическую сумму задолженности.

Вид расходов	Есть расход? (Пожалуйста, отметьте одно)	Кто оплачивает?	Сумма задолженности	Как часто выставляется счет? (Еженедельно / ежемесячно, другое)
Арендная плата или оплата дома	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	
Налоги на имущество и страхование (если счет выставляется отдельно от аренды или ипотеки)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	
Газовое, электрическое или другое топливо, используемое для отопления или охлаждения, такое как дрова или пропан (если счет выставляется отдельно от аренды или ипотеки)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Телефон / мобильный телефон	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Расходы по приюту для бездомных	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Вода, канализация, вывоз мусора	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

Помогает ли вам кто-либо <u>не</u> из вашего домохозяйства оплачивать перечисленные выше расходы? (Выберите один вариант)	Кто помогает платить?	Сколько?	Как часто платят?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , пожалуйста, заполните		\$	

Получает или ожидает ли ваша семья выплату по Программе помощи малоимущим с оплатой расходов за энергопотребление? (LINEAP)? (Выберите один вариант ответа) Да Нет

12. МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ:

Являетесь ли вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, пожилым лицом (60 и старше) или лицом с инвалидностью, которое оплачивает медицинские расходы за свой счет? Да Нет Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Перечислите расходы, которые вы ожидаете в ближайшее время.

Разрешенные медицинские расходы: (отметьте все подходящие варианты)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Медицинская или стоматологическая помощь | <input type="checkbox"/> Зубные протезы, слуховые аппараты и протезы | <input type="checkbox"/> получения лечения или услуг |
| <input type="checkbox"/> Госпитализация/амбулаторное лечение/уход за больными | <input type="checkbox"/> Содержание обслуживающего персонала, необходимого из-за возраста, болезни или слабости | <input type="checkbox"/> Выписанные очки и контактные линзы |
| <input type="checkbox"/> Предписанные лекарства | <input type="checkbox"/> Количество и стоимость блюд, предоставляемых обслуживающему персоналу | <input type="checkbox"/> Выписанные медикаменты и оборудование |
| <input type="checkbox"/> Страховые взносы за медицинское страхование и покрывающее стационар | <input type="checkbox"/> Назначенные лекарства, отпускаемые без рецепта | <input type="checkbox"/> Расходы на содержание служебных животных (питание, услуги ветеринара и т. д.) |
| <input type="checkbox"/> Страховые взносы Medicare (доля расходов Medi-Cal и т.п.) | <input type="checkbox"/> Стоимость перевозки (кол-во миль или стоимость) и проживания для | |

Имя пожилого человека/инвалида	Сумма расхода	Как часто платят? (Еженедельно / ежемесячно, другое)	Какой тип расходов? (Рецепты, зубные протезы, количество приемов пищи для обслуживающего персонала и т. д.)	Возместят ли домохозяйству какие-либо медицинские расходы? (Программой Medi-Cal, страховкой, членом семьи и т.п.)
	\$			ЕСЛИ ДА , КЕМ: сколькo: \$
	\$			ЕСЛИ ДА , КЕМ: сколькo: \$
	\$			ЕСЛИ ДА , КЕМ: сколькo: \$
	\$			ЕСЛИ ДА , КЕМ: сколькo: \$

13. Получает ли лицо, обращающееся за получением льгот, в том числе вы, продукты питания из одного из следующих источников? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

- Коммунальная столовая для пожилых людей / инвалидов
- Программа распределения продуктов
- питания, осуществляемая индейской резервацией
- Другая продовольственная программа

ЕСЛИ ДА , КТО?	ГДЕ?
ЕСЛИ ДА , КТО?	ГДЕ?

14. Проживает ли лицо, обращающееся за получением льгот, в том числе вы, в одном из следующих видов жилья? (Пожалуйста, отметьте одно)

Да Нет Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

- Приют для бездомных
- Приют для женщин, подвергшихся побоям
- Резервация для коренных американцев
- Центр реабилитации наркоманов и алкоголиков
- Исправительное учреждение/пенитенциарное учреждение (тюрьма)
- Групповое проживание для слепых / инвалидов
- Федерально субсидируемое жилье
- Психиатрическая больница/психиатрическое учреждение
- Средство долгосрочного ухода или питания и ухода

Имя лица	Название учреждения (центр, приют, учреждение и т. д.)	Ожидаемая дата выхода (Если применимо)

15. Вы или кто-либо, живущий с вами в возрасте 60 лет или старше, не в состоянии покупать еду и самостоятельно готовить еду из-за инвалидности? (Выберите один вариант ответа) Да Нет

ЕСЛИ **ДА**, КТО?

16. РЕСУРСЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Есть ли у вас или у кого-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, какие-либо ресурсы? (наличные деньги, деньги в банке, депозитный сертификат, акции и облигации и т. д.)? Да Нет Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Отметьте на следующие вопросы по каждому из отмеченных выше вариантов ответа:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Чековый счет в банке/кредитном союзе | <input type="checkbox"/> Счет денежного рынка | <input type="checkbox"/> Акции |
| <input type="checkbox"/> Сберегательный счет в банке/кредитном союзе | <input type="checkbox"/> Инвестиционные фонды | <input type="checkbox"/> Облигации |
| <input type="checkbox"/> Сейфовая ячейка | <input type="checkbox"/> Депозитный сертификат (CD) | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Сберегательные облигации | <input type="checkbox"/> Наличные деньги | |

Если совместный счет с другим лицом, пожалуйста, укажите ниже.

Ответьте на с.

На чье имя зарегистрирован ресурс?	Какой вид ресурса?	Стоимость ресурса?	Где находится ресурс? (Укажите название банка или компании, где хранятся деньги)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Вы или кто-либо из членов вашей семьи, продали, обменяли или передали ресурс в течение последних трех месяцев?

(Выберите один вариант ответа) Да Нет

17. ДВОЙНЫЕ ЛЬГОТЫ

Были ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства осужден за мошенническое получение двойных льгот SNAP (федеральное название программы продовольственной помощи, известной как CalFresh в Калифорнии) в каком-либо штате, после сентября 22 1996 г.? (Выберите один вариант ответа)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

18. ТОРГОВЛЯ (ОБМЕН ИЛИ ПРОДАЖА) ПРЕИМУЩЕСТВ

Были ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства осужден за торговлю (обмен или продажу карт EBT другим лицам) пособий SNAP в размере 500 долларов США или более после 22 сентября 1996 года? (Выберите один вариант ответа)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

19. ПРОДАЖА/ОБМЕН ЛЬГОТ НА НАРКОТИКИ

Были ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства признан виновным в продаже/обмене пособий программы SNAP на наркотики после 22 сентября 1996 г.? (Выберите один вариант ответа)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

20. ПРОДАЖА/ОБМЕН ЛЬГОТ НА ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ ОРУЖИЕ ИЛИ ВЗРЫВЧАТЫЕ ВЕЩЕСТВА

Были ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства признан виновным в обмене пособий SNAP на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества после 22 сентября 1996 г.? (Выберите один вариант ответа)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

21. ПРЕСТУПНИК, СКРЫВАЮЩИЙСЯ ОТ ПРАВОСУДИЯ

Вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства скрываетесь или избегаете правосудия, во избежание судебного преследования, быть взяты под стражу или отправлены в тюрьму за уголовное преступление или попытку уголовного преступления? (Выберите один вариант ответа)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

22. НАРУШЕНИЕ УСЛОВНО-ДОСРОЧНОГО ОСВОБОЖДЕНИЯ

Были ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства признан судом нарушающим испытательный срок или условно-досрочное освобождение? (Выберите один вариант ответа)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

Место для дополнительных записей

Место для дополнительных записей

DO NOT COMPLETE - COUNTY USE ONLY (НЕ ЗАПОЛНЯТЬ)

IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less? Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance? Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days? Yes No