

УПРОЩЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ CALFRESH ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Это заявление CalFresh используется только в том случае, если все подающие заявление являются:

- Не моложе 60 лет и/или инвалиды.
- Не получаю дохода от работы.
- Покупают и готовят еду вместе.

Процесс подачи заявления начинается с того, что вы сообщаете округу свое имя, адрес и подпись. Дата подачи заявления - это день, когда окружной офис получит ваше подписанное заявление. Это запустит процесс обработки документов, чтобы дать вам ответ, можете ли вы получить пособие.

Вопросы есть? Дополнительную информацию см. на страницах 6 и 7.

Расскажите нам о своей семье

Имя заявителя (имя, инициал среднего имени, фамилия)

Физический адрес (адрес улицы, город, штат, почтовый индекс) Домашний адрес Учреждение Бездомный

Почтовый адрес (адрес улицы или абонентского ящика, город, штат, почтовый индекс, если он отличается от физического адреса)

Адрес электронной почты

Номер телефона, по которому мы можем вам позвонить

Лучшее время для звонка

Вы можете выбрать человека не моложе 18 лет, который будет помогать вам в получении пособий CalFresh.

- Это лицо называется "уполномоченным представителем" (AR). AR может выступать за вас на собеседовании, помогать заполнять ваши формы, покупать для вас еду и/или сообщать об изменениях. AR не должны быть членами семьи, которые покупают и готовят еду вместе с заявителем CalFresh.
- Вам придется вернуть все пособия, которые вы получили по ошибке из-за информации, которую этот человек предоставил округу, и все пособия, которые вы не хотели тратить, не будут заменены.
- Вам нужно будет предоставить округу документ, удостоверяющий личность, чтобы вы могли выступать в качестве AR.

Я хочу, чтобы указанный ниже человек помог мне с моим делом CalFresh.

Да Нет

Я хочу, чтобы указанному ниже человеку было разрешено получать и расходовать пособия CalFresh для моей семьи.

Да Нет

Уполномоченный представитель (имя, инициал среднего имени, фамилия)

Номер телефона

Адрес (адрес улицы, город, штат, почтовый индекс)

Подписывая ниже, я подтверждаю и соглашаюсь с тем, что:

- Я прочитал(-а) и понял(-а) информацию на страницах 6 и 7.
- Я прочитал(-а), понял(-а) и согласен(-а) с Правами и обязанностями/Правилами программы на страницах 8-10.
- Под страхом наказания за лжесвидетельство я даю слово, что все, что я написал(-а) в этом заявлении, является правильным и полным, насколько мне известно и насколько я уверен(-а).

Подпись заявителя/уполномоченного представителя

Дата

Вы не обязаны отвечать на следующие два вопроса, но они могут помочь вам получить другие услуги.

<p>1. Есть ли в вашей семье инвалиды? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Совет: К ним относятся все, кто восстанавливается после инвалидности или тяжелой болезни.</p> <p>Если да, укажите имя человека (людей): _____</p>
<p>2. Нуждается ли кто-нибудь из членов вашей семьи в помощи по причине инвалидности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Совет: Это касается всех, кому нужна помощь в оформлении права на льготы или в других вопросах, связанных с льготами.</p> <p>Если да, укажите имя человека (людей): _____</p>

Ускоренное обслуживание

Давайте посмотрим, сможет ли ваша семья получить пособия в течение 3 дней. Ответьте на приведенные ниже вопросы для всех, кто подает заявление на получение CalFresh.

<p>3. Является ли кто-нибудь мигрантом или сезонным работником на ферме и прекратился ли у кого-нибудь доход? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
<p>4. Составляет ли валовой доход вашей семьи (до вычетов) менее \$150 в этом месяце? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
<p>5. Есть ли у вашего домохозяйства \$100 или менее наличными, включая суммы на банковских счетах? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
<p>6. Ежемесячная арендная плата/ипотека и коммунальные расходы вашего домохозяйства превышают его валовой доход и имеющуюся наличность в этом месяце? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>

Для вопросов, приведенных ниже, используйте дополнительное место на странице 5 или дополнительную бумагу, если это необходимо.

Члены семьи

Расскажите обо всех членах семьи.

Заявитель (со страницы 1)			Дата рождения (мм/дд/гггг)
Номер социального страхования	Гражданин США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Отношение к заявителю САМ	Вы работаете? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Этническая принадлежность (по желанию): <input type="checkbox"/> Испаноязычный/латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не испаноязычный/латиноамериканец	Раса (по желанию): <input type="checkbox"/> Американский индеец/Коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Чернокожий/Афроамериканец <input type="checkbox"/> Коренной гаваец/Житель других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белокожий <input type="checkbox"/> Другой	Гендерная идентичность (по желанию): <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина-трансгендер <input type="checkbox"/> Мужчина-трансгендер <input type="checkbox"/> Небинарный (не мужчина и не женщина) <input type="checkbox"/> Другая гендерная идентичность <input type="checkbox"/> Отказываюсь заявить	

Члены домохозяйства (Продолжение)

Имя (имя, среднее имя, фамилия)		Дата рождения (мм/дд/гггг)	
Номер социального страхования	Гражданин США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Отношение к заявителю	Вы работаете? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Этническая принадлежность (по желанию): <input type="checkbox"/> Испаноязычный/латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не испаноязычный/латиноамериканец	Раса (по желанию): <input type="checkbox"/> Американский индеец/Коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Чернокожий/Афроамериканец <input type="checkbox"/> Коренной гаваец/Житель других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белокожий <input type="checkbox"/> Другой	Гендерная идентичность (по желанию): <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина-трансгендер <input type="checkbox"/> Мужчина-трансгендер <input type="checkbox"/> Небинарный (не мужчина и не женщина) <input type="checkbox"/> Другая гендерная идентичность <input type="checkbox"/> Отказываюсь заявить	

Если в семье более 2 членов, укажите их данные на странице 5 данного заявления

Доход

7. Получает ли кто-нибудь из членов семьи доход? Да Нет

Если **да**, расскажите нам обо всех доходах, которые получают все члены вашей семьи. Доход может включать Социальное обеспечение; алименты; пособие по безработице или компенсация работнику; пособие по инвалидности; деньги от друзей или родственников; пенсия; пенсионные выплаты, SSI/SSP; пособие ветерана.

Лицо с доходом	Вид дохода	Сколько	Как часто	Дата получения
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

Ресурсы

8. Есть ли у кого-нибудь в семье какие-либо ресурсы (наличные, деньги в банке, депозитный сертификат, акции, облигации и т. д.)? Да Нет

Расходы

9. Платит ли кто-нибудь из членов вашей семьи алименты, назначенные судом? Да Нет

Лицо, которое платит	Сколько	Как часто
	\$	

10. Кто оплачивал уход за иждивенцем/ребенком? _____
 Сумма, уплаченная за уход за иждивенцем/ребенком в \$ _____
 Имена иждивенцев/детей: _____

11. Кто-нибудь из членов вашей семьи оплачивает медицинские расходы более чем на \$35 в месяц? Да Нет

Если **да**, расскажите нам о любых медицинских расходах, которые оплачивал каждый член вашей семьи. Расходы могут включать в себя лекарства, визиты к врачу, больничные счета, транспортные расходы (включая пробог), медицинские принадлежности, услуги помощников по дому, расходы на служебных животных, расходы на психическое здоровье и взносы на медицинское страхование. (Список допустимых расходов можно узнать в своем округе)

Лицо, которое платит	Тип медицинских расходов	Сумма, выплачиваемая ежемесячно
		\$
		\$
		\$
		\$

Расскажите нам о расходах вашей семьи на жилье и коммунальные услуги.

12. Платит ли ваша семья арендную плату или ипотеку? Да Нет

Если **да**, то каков размер оплаты? \$ _____ еженедельно ежемесячно другое

Если вы бездомный, есть ли у вас расходы на жилье? Да Нет

Если **да**, то каковы ваши расходы? \$ _____ еженедельно ежемесячно другое

13. Оплачивает ли ваша семья какие-либо из следующих расходов? Отметьте все, что относится к данному вопросу, и укажите, оплачивается ли он еженедельно, ежемесячно или иным образом (если расходы включены в арендную плату или ипотечный платеж, не указывайте их здесь):

- Телефон (включая сотовый) еженедельно ежемесячно другое
- Электричество и/или газ еженедельно ежемесячно другое
- Вода еженедельно ежемесячно другое
- Мусор еженедельно ежемесячно другое
- Налог на недвижимость: \$ _____ еженедельно ежемесячно другое
- Страхование жилья или арендатора: \$ _____ еженедельно ежемесячно другое
- Плата за услуги товарищества собственников жилья (НОА): \$ _____ еженедельно ежемесячно другое
- Аренда участка под мобильный дом: \$ _____ еженедельно ежемесячно другое
- Другое (пожалуйста, укажите): \$ _____ еженедельно ежемесячно другое

Ответьте на приведенные ниже вопросы обо всех членах семьи.

14. Выигрывал ли кто-нибудь из членов вашей семьи значительную сумму по одной ставке или руке в лотерею/азартные игры, равную или превышающую максимальный лимит ресурсов для пожилых/инвалидных членов семьи? Да Нет

15. Был ли кто-нибудь осужден за мошенничество с социальными пособиями или злоупотребление ими в каком-либо штате? Да Нет

16. Кто-нибудь из них скрывается от правосудия или нарушает условия досрочного или условного освобождения? Да Нет

17. Были ли вы или любой член вашей семьи осуждены как взрослый человек после 7 февраля 2014 года за сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах, убийство, сексуальную эксплуатацию и/или другие виды насилия над детьми, преступление федерального или государственного масштаба, связанное с сексуальным насилием, или преступление по закону штата, которое Генеральный прокурор определил как схожее с любым из перечисленных преступлений, и не соблюдали условия вынесенного приговора? Да Нет

Дополнительное место для записи (при необходимости):

Важная информация, которую необходимо знать

Процесс подачи заявки

- Заполните страницы с 1 по 5.
- Обязательно прочитайте страницы 6-10, а затем **поставьте подпись на странице 1.**
- Сделайте копии всех документов, необходимых в качестве доказательства (например, о доходах, удостоверении личности, подтверждении расходов на лечение или доверенности). Вместе с заявлением вы можете представить любые документы.
- Отправьте заявку:
 - Лично, по телефону, по почте, по факсу: В окружное управление социальной службы по месту жительства.
 - Онлайн: Вы также можете подать заявку на участие в программе CalFresh или других программах онлайн, зайдя на сайт <http://www.benefitscal.com/>.
- Пройдите собеседование в округе, чтобы обсудить ваше заявление. Вы можете пройти собеседование по телефону, лично в окружном офисе или в другом месте, согласованном с округом.

Есть вопросы? Нужна помощь в подаче заявки? Позвоните в справочную службу CalFresh по телефону 1-877-847-3663 или обратитесь в офис социальных служб вашего округа. Если вы плохо знаете английский, попросите предоставить вам бесплатного переводчика. Если вам нужна помощь по причине инвалидности, наберите 7-1-1 или обратитесь в офис социальной службы вашего округа.

Неграждане

- Вы можете подать заявление и получить пособие CalFresh для имеющих на него право людей, даже если в вашей семье есть те, кто не имеет на него права.
- Подача заявления или получение пособия CalFresh не влияет на иммиграционный статус вас или вашей семьи. **CalFresh - это НЕ "Общественное пособие."** Иммиграционная информация является частной и конфиденциальной.
- Иммиграционный статус неграждан, подающих заявление на получение пособий, будет проверен Службой гражданства и иммиграции США (USCIS). Согласно федеральному законодательству, USCIS не может использовать эту информацию ни для чего другого, кроме случаев мошенничества.

Отказ от участия

Вы не обязаны предоставлять иммиграционную информацию, номера социального страхования или документы на всех членов семьи, не являющихся гражданами, которые не подают заявление на получение пособия CalFresh. Чтобы правильно определить размер пособия для вашей семьи, округу необходимо знать информацию о ее доходах и ресурсах. Округ не будет связываться с USCIS по поводу тех, кто не подал заявление на получение пособия CalFresh.

Заявление USDA о недопущении дискриминации (не отправляйте сюда заявления)

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах и правилами и политикой Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав, USDA, его агентства, офисы, сотрудники и учреждения, участвующие в программах USDA или управляющие ими, не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также репрессий или преследований за предыдущую деятельность в области гражданских прав в рамках любой программы или деятельности, осуществляемой или финансируемой USDA.

Информация о программе может быть доступна кроме английского и на других языках. Инвалиды, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т.д.), должны обратиться в агентство (штата или местное), в которое они подали заявление на получение пособий. Глухие,

слабослышащие или люди с нарушениями речи могут связаться с USDA через Федеральную релейную службу по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию по программе, заявитель должен заполнить форму жалобы на дискриминацию по программе USDA (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, в любом офисе USDA, позвонив по телефону (833) 620-1071, или написать письмо в USDA и предоставить в письме всю информацию, запрашиваемую в форме, чтобы сообщить помощнику секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA по указанным ниже методам:

1. Почта: Food and Nutrition Service
U.S. Department of Agriculture
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314
или
Civil Rights Unit
P.O. Box 944243
M.S. 9-7-041
Sacramento, CA 94244-2430
2. Факс: (833) 256-1665
Факс: (202) 690-7442
3. Электронная почта: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Это учреждение предоставляет равные возможности.

Не отправляйте заявки сюда

Заявление о законе о конфиденциальности

- (i) Сбор этой информации, включая номер социального страхования (SSN) каждого члена семьи, разрешен в соответствии с Законом о продовольственном пакете 1977 года, с поправками, 7 U.S.C. 2011-2036. Эта информация будет использоваться для определения того, имеет ли ваша семья право или продолжает иметь право на участие в программе SNAP. Мы проверим эту информацию с помощью компьютерных программ. Эта информация также будет использоваться для контроля за соблюдением правил программы и для управления программой.
- (ii) Эта информация может быть передана другим федеральным агентствам и агентствам штата для проведения официальной экспертизы, а также сотрудникам правоохранительных органов с целью задержания лиц, скрывающихся от закона.
- (iii) Если в отношении вашей семьи возникнет претензия по SNAP, информация, содержащаяся в этом заявлении, включая все SSN, может быть передана в федеральные агентства и агентства штата, а также в частные агентства по сбору претензий для принятия мер по сбору претензий.
- (iv) Предоставление запрашиваемой информации, включая SSN каждого члена семьи, является добровольным. Однако непредоставление SSN приведет к отказу в выплате пособий SNAP каждому человеку, не предоставившему SSN. Любые предоставленные SSN будут использоваться и раскрываться так же, как SSN членов семьи, имеющих право на участие в программе.

Ваш окружной офис может проверить иммиграционный статус членов семьи, подающих заявление на получение пособия. Для этого нужно обратиться в USCIS. Информация, полученная округом от этих агентств, может повлиять на ваше право и уровень пособий.

Ваш окружной офис проверит ваши ответы по штатным и федеральным электронным базам данных. К ним относятся Налоговая служба (IRS), Управление социального обеспечения, Министерство внутренней безопасности и/или **агентство по сбору информации о потребителях**. Округ может попросить вас прислать доказательства, если информация не совпадает.

Права и обязанности/Правила программы

Позвоните в окружной офис, чтобы узнать о своих правах и обязанностях.

Вы можете попросить о справедливом слушании, если не согласны с решением о выплате пособий.

Чтобы сделать это:

- Позвоните по телефону (800) 952-5253. Для людей с нарушениями слуха или речи, пользующихся TDD (800) 952-8349 *или*
- Зайдите на сайт acms.dss.ca.gov *или*
- Отправьте форму заявки на проведение слушаний по факсу (833) 281-0905
- Получить бесплатную юридическую помощь можно в местном обществе юридической помощи (legal aid) или в группе, защищающей права американцев на социальную помощь (welfare rights office). На обратной стороне уведомления вашего округа указан список бесплатной местной помощи или позвоните по телефонам, указанным выше.

Вы имеете право получить копию этого заявления. Попросите копию в своем окружном офисе.

Вы имеете право на своевременное решение. Если нет задержки, чрезвычайных обстоятельств или административных проблем, не зависящих от округа, ожидайте решения в течение 30 дней после подачи заявления. Для получения срочных пособий вы получите решение округа в течение 3 дней.

Если у вас есть инвалидность, вы можете получить бесплатные вспомогательные средства и услуги, которые помогут вам в участии. Они называются "*разумными приспособлениями*." При необходимости позвоните в окружной офис и спросите о них.

Вы имеете право на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность. Мы будем передавать информацию о вашем деле только в тех случаях, когда это связано с управлением программой, разрешено законом/судом или вы дадите свое разрешение. Это также требуется от всех агентств, которые работают с нами.

Предоставьте доказательства расходов вашей семьи, которые могут помочь вам получить больше льгот. Не предоставлять доказательства округу - то же самое, что заявить, что у вас нет таких расходов. Тогда вы не сможете получить больше льгот.

Вы должны сообщать об изменениях, которые могут повлиять на ваши льготы. В окружном офисе вам расскажут, что, когда и как нужно сообщить. Если вы не сообщите об этом в установленный срок, ваши выплаты по программе CalFresh могут быть снижены или прекращены.

Вы должны предоставить номер социального страхования (SSN) или подтверждение того, что вы подали заявление на получение SSN для каждого человека, указанного в этом заявлении. Федеральный закон и закон штата требуют, чтобы это было условием получения права на участие в программе. Есть и исключения. Если вам нужна дополнительная информация об этих исключениях, обратитесь в окружной офис.

Вы должны сразу же сообщить округу, если получаете пособие из другого штата. Вы также должны сообщить, если за последние 10 лет кто-то был осужден за ложь о месте проживания для получения пособий более чем в одном штате.

Вы должны сотрудничать с округом и штатом, если ваша заявка будет отобрана для проверки качества. Это включает в себя предоставление доказательств информации и предоставление нам этих доказательств, если вы не можете их получить.

Вы должны предоставить точную информацию. Если информация окажется недостоверной, пособия могут быть сокращены, а вас могут попросить вернуть деньги. Если вас уличат в намеренном предоставлении ложной или вводящей в заблуждение информации, вы можете лишиться права на получение пособий. Вам также может быть предъявлено обвинение в совершении преступления.

Вы недолжны:

- продавать свои пособия по программе CalFresh.
- использовать программу CalFresh для покупки товаров, не соответствующих критериям (например, непродовольственных товаров, алкоголя или табачных изделий).
- обменивать CalFresh на запрещенные наркотики, огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества.
- разрешать кому-либо пользоваться вашей EBT-картой, если только он не покупает продукты для вашей семьи.
- использовать или иметь чужую EBT-карту, если только вы не покупаете продукты для их семьи.
- получать продовольственные пособия в нескольких штатах за один и тот же месяц.

Любое лицо, признанное виновным в любом из вышеперечисленных злоупотреблений, подлежит наказанию. Это включает в себя запрет на участие в программе CalFresh на определенный срок, штраф и тюремное заключение. Конкретный срок запрета может составлять один год, два года или навсегда.

Правила программы и штрафы

Вы совершаете преступление, если сообщаете ложную или неправдивую информацию, чтобы попытаться получить пособие CalFresh, на которое вы не имеете права. Также преступлением считается намеренное оказание помощи другому человеку в получении пособий, на которые он не имеет права. Вы должны вернуть все полученные вами пособия, на которые вы не имели права.

Нарушения программы**Для программы CalFresh: Я понимаю, что могу совершить намеренное нарушение программы, если сделаю что-либо из нижеперечисленного:**

- Скрывать информацию или делать ложные заявления
- Пользоваться чужими картами Electronic Benefit Transfer (EBT) или позволять кому-либо пользоваться моей картой
- Использовать пособие CalFresh для покупки алкоголя или табака
- Торговать, покупать, продавать, красть или передавать пособия CalFresh или EBT-карты, или пытаться торговать, покупать, продавать, красть или передавать пособия CalFresh или карты EBT
- Попытаться получить двойные льготы, например, подать заявление в два или более разных округов или штатов одновременно
- Представить фальшивые документы на детей или взрослых членов семьи, которые не имеют права на участие в программе или которых не существует
- Нарушать условия условного осуждения или досрочного освобождения
- Убегать после осуждения за уголовное преступление
- Приобрести (купить) продукт по программе CalFresh, за который взимается депозит, намеренно (специально) выбросить содержимое и вернуть контейнер за сумму депозита или пытаться вернуть контейнер за сумму депозита
- Покупать продукты на средства программы CalFresh и намеренно перепродавать их за наличные или за что-либо другое, кроме продуктов питания, соответствующих критериям

Штрафы**Я могу:**

- Лишиться пособия CalFresh на 12 месяцев за первое нарушение и быть обязанным вернуть все излишне выплаченные мне пособия CalFresh
- Лишиться пособия CalFresh на 24 месяца за второе нарушение и быть обязанным вернуть все излишне выплаченные мне пособия CalFresh
- Третье нарушение навсегда лишиться пособия CalFresh и быть обязанным вернуть все излишне выплаченные мне пособия CalFresh
- Быть наказанным штрафом в размере до \$250,000, лишением свободы на срок до 20 лет или тем и другим

<p>Нарушения программы Для программы CalFresh: Я понимаю, что могу совершить намеренное нарушение программы, если сделаю что-либо из нижеперечисленного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обменивать пособия CalFresh или <u>пытаться</u> обменивать пособия CalFresh на: наличные деньги, огнестрельное оружие, товары, не входящие в перечень, или контролируемые вещества, такие как наркотики 	<p>Штрафы Я могу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лишиться пособия CalFresh на 10 лет за каждое правонарушение • Навсегда лишиться пособия CalFresh
<ul style="list-style-type: none"> • Давать ложную информацию о том, кто я и где живу, чтобы получить дополнительные льготы по программе CalFresh 	<ul style="list-style-type: none"> • Лишиться пособия CalFresh на 24 месяца за первое нарушение
<ul style="list-style-type: none"> • Были осуждены за торговлю, продажу или <u>попытку</u> продать или попытаться обменять пособие CalFresh на сумму более \$500, а также за торговлю или <u>попытку</u> обменять пособия CalFresh на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества 	<ul style="list-style-type: none"> • За второе нарушение навсегда лишиться пособия CalFresh