



## ЗАПИТ НА ОТРИМАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ЗА ПРОГРАМОЮ ПРОДОВОЛЬНОЇ ДОПОМОГИ CALFRESH

Якщо ви не можете самостійно заповнити заяву, зверніться по допомогу до працівника Департаменту соціального забезпечення округу (Округ).

Якщо ви хочете спілкуватися іншою мовою, а не англійською, працівники Округу нададуть вам безкоштовного перекладача.

### Як подати заяву?

Використовуйте цю форму заяви, якщо ви подаєте запит на участь тільки за програмою продовольчої допомоги CalFresh. CalFresh – це програма продовольчих пільг для допомоги з витратами на придбання продуктів харчування для вашого домогосподарства. Якщо ви бажаєте подати запит на участь в інших програмах, окрім CalFresh, таких як CalWORKs або Medi-Cal, зверніться до працівника Округу для отримання додаткових форм заяв. Ви також можете подати заяву на участь у програмі CalFresh на сайті за адресою <http://www.benefitscal.org/>. Ви можете дізнатися, чи маєте ви право на отримання допомоги, на сайті за адресою <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- Заповніть якомога більше пунктів у формі заяви. Щонайменше вам необхідно вказати ваше ім'я, адресу і поставити підпис (пункт 1 на стор. 1 форми заяви), щоб розпочати процес подання заяви.
- Подайте заповнену заяву до Округу особисто, надішліть електронною поштою, факсом або заповніть її на сайті.
- Через деякий час після того, як в Окрузі отримають вашу підписану заяву, вам надійде повідомлення про те, чи зможете ви отримувати пільги. Якщо ви перебуваєте в закладі, відлік часу починається з моменту, коли ви його покинули.

### Що робити далі?

- Перед тим як підписати заяву, ознайомтеся зі своїми правами та обов'язками (у правилах програми на сторінках 1–3).
- Вам буде призначено співбесіду з представниками Округу, щоб обговорити вашу заяву. Зазвичай співбесіди проходять у телефонному режимі. Проте в деяких випадках вас можуть особисто запросити до офісу Округу або іншого домовленого місця. Якщо у вас є інвалідність, умови проведення співбесіди можуть бути переглянуті.
- Якщо ви не заповнили заяву повністю, ви можете зробити це під час співбесіди.
- Щоб переконатися, що ви маєте право на отримання пільг, ви маєте надати підтвердження ваших доходів, виписку з банку про стан вашого рахунку та інші довідки в разі потреби.

### Скільки часу це займає?

Обробка вашої заяви може зайняти до 30 днів. Ви зможете отримати допомогу протягом трьох календарних днів, якщо:

- Щомісячний сукупний дохід вашого домогосподарства (дохід без вирахувань) становить менше \$150, а ваші поточні заощадження в готівці, чеках чи на банківських рахунках становлять не більше \$100; або
- Витрати на утримання помешкання вашого домогосподарства (оплата оренди/іпотеки і комунальних послуг) становлять більше, ніж сума вашого місячного сукупного доходу і заощаджень у чеках чи на банківських рахунках; або
- Ви є мігрантом або сезонним сільськогосподарським робітником із заощадженнями менше \$100 в чеках або на банківських рахунках, і 1) ваш дохід припинив надходити, і 2) ви вже маєте дохід, але ваш очікуваний заробіток за найближчі десять днів становитиме менше \$25.

Щоб допомогти працівникам Округу швидше визначити, чи можете ви отримати пільги, заповніть пункти 1, 6–8, 11 і 16 та надайте разом із заявою документ, що засвідчує вашу особу (якщо він є).

Вам надійде лист з Округу з повідомленням, що вашу заяву на отримання пільг за програмою CalFresh було прийнято або відхилено.

**Інформаційна сторінка – Візьміть цю копію та збережіть її.**

## Що необхідно для співбесіди?

Щоб уникнути затримки в отриманні пільг, візьміть із собою на співбесіду необхідні документи. Пройдіть співбесіду, навіть якщо у вас немає необхідних документів. У разі потреби Округ зможе надати вам допомогу в отриманні необхідних документів. Протягом співбесіди представник Округу перегляне інформацію, зазначену в заяві, і поставить вам запитання, щоб з'ясувати, чи зможете ви отримати пільги за програмою CalFresh і в якому розмірі.

### Перелік документів, необхідних для отримання пільг

- Документ, що засвідчує особу (водійські права, внутрішня ідентифікаційна картка штату, паспорт).
- Документ, що засвідчує місце проживання (договір про оренду, поточний рахунок, на якому вказано вашу адресу).
- Номер соціального страхування для всіх, хто подає заяву на отримання пільг (див. нижче примітку про осіб, що не є громадянами країни).
- Документ, що відображає поточний стан банківських рахунків усіх членів вашої сім'ї (недавні банківські виписки).
- Документ про трудові доходи всіх членів вашої родини за останні 30 днів (поточні розрахункові листи, довідка від роботодавця) **ПРИМІТКА.** Для самозайнятих осіб – документи, що засвідчують доходи і витрати, або податкові декларації.
- Документ про нетрудові доходи (допомога по безробіттю, додаткова соціальна допомога (особам старше 65 років, сліпим або недієздатним), соціальне страхування, пільги ветеранам, аліменти, компенсації за виробничі травми, гранти та позики на навчання, доходи від оренди і т. п.).
- Підтвердження статусу легального іммігранта **ТІЛЬКИ** для негромадян, що на законних підставах перебувають у країні та подають заяву на отримання пільг (реєстраційна картка іноземця, віза).

**ПРИМІТКА.** Окремі негромадяни, що подали заяву на здобуття статусу іммігранта через те, що стали жертвами побутового насильства, кримінального переслідування або торгівлі людьми, можуть не надавати цей документ. Їм також необов'язково мати номер соціального страхування.

### Як отримати/використовувати пільги за програмою CalFresh?

- Представники Округу надішлють вам поштою або видадуть пластикову картку електронних виплат соціальної допомоги (EBT). Після схвалення вашої заяви пільги буде зараховано на картку. Отримавши картку, підпишіть її. Для використання картки вам необхідно встановити власний PIN-код.
- Якщо вашу картку EBT загублено, викрадено, пошкоджено, або ви підозрюєте, що хтось може знати ваш PIN-код, і не бажаєте, щоб ця особа отримувала ваші пільги, негайно зателефонуйте за номером (877) 328-9677 або до Округу. Переконайтеся, що всі відповідальні дорослі члени родини та ваш уповноважений представник також знають, як негайно повідомити про такі проблеми. Якщо ви не повідомили про те, що інша особа, якій ви не довіряєте витратить ваші пільги, знає ваш PIN-код та ви не змінили його, жодна сума пільг не буде відшкодована.
- Пільги CalFresh можна використовувати для купівлі майже будь-яких продуктів харчування, а також насіння та рослин для вирощування власної городи. Не можна купувати спиртні напої, тютюнові вироби, корм для домашніх тварин, деякі види готової їжі, а також непродовольчі товари (зубну пасту, мило або паперові серветки).
- Пільги CalFresh приймаються в більшості продовольчих магазинів та інших місць, де продають продукти харчування. Перелік місць, де приймають картку EBT, можна переглянути на веб-сайті за адресою <https://www.ebt.ca.gov> або <https://www.snapfresh.org>.
- **Тільки** ви та члени вашого домогосподарства можуть користуватися пільгами за програмою CalFresh. Надійно зберігайте картку з пільгами. Нікому не повідомляйте свій PIN-код. Не зберігайте свій PIN-код разом із картою EBT.

### Якщо ви бездомні?

Одразу повідомте представників Округу, що ви бездомні, і вони з'ясують, яку адресу вказати, щоб вашу заяву було прийнято, і щоб на неї надходили повідомлення щодо вашої справи. У контексті програми CalFresh людина вважається бездомною, якщо вона:

- А. проживає у притулку, реабілітаційному закладі, чи подібному місці.
- В. проживає в домі іншої людини чи сім'ї протягом не більше 90 днів.
- С. ночує в не призначеному для цього місці або в місці, яке зазвичай не використовують, щоб спати (передпокій, автобусна зупинка, вестибюль чи подібні місця).

**Інформаційна сторінка – візьміть цю копію та збережіть її.**

---

---

## ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ

### Ви зобов'язані:

- Надавати Округу всю необхідну інформацію, щоб довести ваше право отримувати пільги.
- Надавати Округу всі необхідні документи, коли буде потрібно.
- Повідомляти про зміни в разі потреби. Округ надасть вам усю інформацію стосовно чого, коли та яким чином необхідно повідомляти. Якщо ви не дотримуетесь вимог щодо звітування про стан вашого домогосподарства, ваша справа буде закрита або пільги по програмі CalFresh може бути скорочено або скасовано.
- Шукати роботу, продовжувати працювати на поточній посаді чи брати участь в інших видах діяльності, якщо Округ стверджує, що це необхідно у вашому випадку.
- Тісно співпрацювати з працівниками Округу, штату чи федеральних органів, якщо вашу справу обрано для перевірки чи повторного розгляду з метою підтвердження вашої відповідності вимогам і правильності визначення рівня пільг. Відмова у співпраці в рамках таких перевірок призведе до втрати пільг.
- Повернути всі кошти, які ви не мали право отримувати за програмою CalFresh.

### Ви маєте право:

- Подавати заяву на отримання пільг за програмою CalFresh, указавши тільки своє ім'я й адресу та поставивши підпис.
- За потреби безкоштовно користуватися послугами перекладача, наданого владою штату.
- Вимагати збереження конфіденційності інформації, наданої представникам Округу, якщо тільки ця інформація не пов'язана безпосередньо з адмініструванням програм Округу.
- Відкликати свою заяву в будь-який момент до визначення представниками Округу вашої відповідності вимогам програми.
- Звернутися по допомогу з питань заповнення заяви на отримання пільг за програмою CalFresh та отримати роз'яснення правил.
- На ввічливе, поважне ставлення до себе без дискримінації.
- Отримати пільги за програмою CalFresh протягом 3 днів, якщо ви маєте право на отримання термінових послуг.
- Пройти співбесіду з працівником Округу в розумні терміни після подачі вами заяви та отримати право на пільги впродовж 30 днів.
- Надати Округу всі документи для отримання права користуватися пільгами впродовж 10 днів.
- Отримати письмове повідомлення принаймні за 10 днів до скорочення або скасування Округом пільг за програмою CalFresh.
- Звернутися до працівників Округу для обговорення чи перегляду вашої справи.
- Протягом 90 днів звернутися із клопотанням про призначення слухань на рівні штату в разі незгоди з рішенням Округу стосовно вашої справи CalFresh. Якщо ви вимагатимете слухань до вжиття заходів щодо вашої справи CalFresh, ваші пільги залишатимуться без змін до слухань або до завершення вашого сертифікаційного періоду, залежно від того, яка з цих подій відбудеться раніше. Ви можете звернутися до представників Округу з проханням змінити обсяг ваших пільг після слухань, щоб уникнути відшкодування зайвих пільг. Якщо суддя з адміністративних справ прийме рішення на вашу користь, Округ має відшкодувати вам усі скорочені пільги.
- Ставити запитання про своє право на судовий розгляд або на призначення безкоштовного адвоката за безкоштовним номером телефону **1-800-952-5253**. Номер телефону для осіб із вадами слуху та мовлення, які використовують спеціальний телекомунікаційний пристрій: **1-800-952-8349**. Ви можете отримати безкоштовну юридичну консультацію в місцевому юридичному офісі або службі соціального захисту.
- Приводити із собою друга або іншу особу, якщо ви не хочете приходити самі.
- Отримувати від представників Округу допомогу з реєстрації для голосування.
- Повідомляти про зміни, про які ви не зобов'язані повідомляти, якщо це допоможе збільшити розмір грошової допомоги чи обсяг пільг за програмою CalFresh.
- Надавати підтвердження витрат вашого домогосподарства, яке може допомогти отримати додаткові пільги за програмою CalFresh. Ненадання представникам Округу такого підтвердження означає визнання того, що таких витрат немає. У такому разі ви не зможете отримати додаткові пільги за програмою CalFresh.
- Повідомляти представникам Округу, якщо ви бажаєте, щоб інша особа використовувала ваші пільги CalFresh для вашого домогосподарства або допомагала вам у вашій справі CalFresh (уповноважений представник).

**Візьміть цю копію та збережіть її**

## Правила та штрафні санкції програми

Ви скоїте злочин, якщо умисно надасте неправдиву, недостовірну або неповну інформацію, щоб отримати грошову допомогу чи пільги за програмою CalFresh або Medi-Cal, на які ви не маєте права, або допоможете іншій особі отримати пільги, на які ця особа не має права. Ви зобов'язані відшкодувати вартість усіх отриманих пільг, які ви не мали права отримувати. Якщо ви вчините так умисно й отримаєте пільги, на які не маєте права, вартістю понад \$950, вас може бути звинувачено в злочині.

Я усвідомлюю, що якщо я...	можуть призвести до таких наслідків...
<b>умисно порушу умови та правила програми, виконавши одну з таких дій:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Приховання інформації та надання неправдивої інформації.</li><li>Користування картками електронних виплат соціальної допомоги (ЕВТ) інших осіб або надання іншій особі дозволу на користування моєю картою.</li><li>Використання коштів, виплачених за програмою CalFresh, на купівлю спиртних напоїв або тютюнових виробів.</li><li>Купівля, продаж або дарування пільг за програмою CalFresh або карток ЕВТ.</li><li>Обмін пільг CalFresh на речовини, розповсюдження яких контролюється законом, наприклад наркотики.</li><li>Надання неправдивих особистих даних і даних про місце проживання для отримання додаткових пільг CalFresh.</li><li>Визнання винним у торгівлі або купівлі пільг CalFresh на суму понад \$500 чи обмін пільг CalFresh на вогнепальну зброю, боєприпаси або вибухові речовини.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Втрата пільг CalFresh на 12 місяців за перше порушення та відшкодування вартості всіх наданих мені надлишково пільг CalFresh.</li><li>Втрата пільг CalFresh на 24 місяці за друге порушення та відшкодування вартості всіх наданих мені надлишково пільг CalFresh.</li><li>Остаточна втрата пільг CalFresh за третє порушення та відшкодування вартості всіх наданих мені надлишково пільг CalFresh.</li><li>Виплата штрафу в сумі до \$250 000, позбавлення волі на термін до 20 років або обидва ці покарання.</li><li>Втрата пільг CalFresh на 24 місяці за перше порушення.</li><li>Остаточна втрата пільг CalFresh за друге порушення.</li><li>Втрата пільг CalFresh на 10 років за кожне порушення.</li><li>Довічна втрата пільг CalFresh.</li></ul>

## Важлива інформація для негромадян

- Ви можете подати заяву та отримати пільги CalFresh або грошову допомогу для осіб, які відповідають вимогам програми, навіть якщо інші члени вашої родини не відповідають вимогам. Наприклад, батьки-іммігранти можуть подати заяву на отримання пільг CalFresh або грошової допомоги для своїх дітей, які є громадянами США чи іммігрантами, що відповідають вимогам програми, навіть якщо самі батьки не відповідають цим вимогам.
- Отримання пільг на продукти харчування не вплине на імміграційний статус вашої родини. Імміграційні дані є приватними та конфіденційними.
- Імміграційний статус негромадян, які відповідають умовам програми та подали заяву на отримання пільг, буде перевірено в Службі громадянства та імміграції США (USCIS). Згідно з федеральним законодавством USCIS не може використовувати таку інформацію з будь-якою іншою метою, за винятком випадків шахрайства.

## Відмова від участі

Ви не повинні надавати імміграційні дані, номери соціального страхування та документи будь-кого із членів родини, які не є громадянами США та не претендують на отримання пільг CalFresh. Представникам Округу знадобиться інформація про їхні доходи та ресурси, щоб правильно визначити пільги для вашого домогосподарства. Представники Округу не звертатимуться до USCIS щодо осіб, які не подали заяву на отримання пільг за програмою CalFresh.

## Використання номерів соціального страхування (SSN)

Будь-яка особа, що подає заяву на отримання пільг за програмою CalFresh, повинна надати номер SSN (за наявності) або доказ того, що вона подала заяву на отримання SSN (наприклад, лист з Управління з питань соціального забезпечення). Округ залишає за собою право відмовити надавати пільги за програмою CalFresh, якщо хтось із членів вашої родини не пред'явить SSN. Деякі особи (наприклад, жертви домашнього насильства, свідки злочинів і жертви торгівлі людьми) не зобов'язані надавати номери SSN для отримання допомоги.

## Надлишок пільг

Це означає, що ви отримали більше пільг CalFresh, ніж мали отримати. Ви будете зобов'язані відшкодувати їхню вартість, навіть якщо їх було надано помилково та неумисно. Ваші пільги може бути скорочено або скасовано. Ваш номер SSN може використовуватися для відшкодування вартості таких пільг через суди, інші колекторські агенції або федеральні заходи з відшкодування заборгованостей.

## Повідомлення про зміни

Кожне домогосподарство, яке отримує пільги за програмою CalFresh, має повідомляти про певні зміни. Представники вашого Округу скажуть вам, про які зміни слід повідомляти, а також як і коли про них повідомляти. Якщо ви не повідомите про ці зміни, ваші пільги за програмою CalFresh може бути скорочено або скасовано. Також ви можете повідомити про зміни, унаслідок яких ваші пільги можуть зрости, наприклад про зменшення доходу.

**Візьміть цю копію та збережіть її**

---

---

## Слухання на рівні штату

Ви маєте право на слухання на рівні штату, якщо не погоджуєтесь з будь-якими заходами, ужитими щодо вашої заяви або ваших поточних пільг. Ви можете вимагати слухань на рівні штату протягом 90 днів від ужиття заходів представниками Округу. Ви повинні пояснити, чому вимагаєте слухань. У повідомленні про схвалення або відмову, яке ви отримуєте від представників Округу, міститиметься інформація про те, як подавати апеляцію. Якщо ви звернулися до суду до вжиття заходів, ви можете зберегти без змін свої поточні пільги CalFresh до прийняття рішення.

## Запобігання дискримінації

Політика штату та Округу вимагає рівного, шанобливого та гідного ставлення до всіх людей. Згідно з федеральним законодавством і Політикою Міністерства сільського господарства США (USDA) дискримінація на основі раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку, релігійних переконань, політичних поглядів або обмежених можливостей суворо забороняється.

Щоб подати скаргу про дискримінацію, зверніться до окружного координатора з питань прав людини або напишіть чи зателефонуйте до USDA або Управління з питань соціального забезпечення штату Каліфорнія (CDSS):

USDA, Director  
Office of Civil Rights, Room 326-W  
Whitten Building  
1400 Independence Ave. S.W.  
Washington D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (для голосової розмови та телекомунікаційних пристроїв для осіб із вадами слуху)

CDSS  
Civil Rights Bureau  
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
1-866-741-6241 (безкоштовний)

USDA – роботодавець, який надає рівні можливості.

## Закон «Про недоторканність приватного життя» та розкриття інформації

У заяві ви надаєте особисті дані. Представники Округу використовують ці дані для визначення того, чи ви маєте право на пільги. Якщо ви не надасте ці дані, представники Округу можуть відхилити вашу заяву. Ви маєте право перевіряти, змінювати або вилучати будь-яку інформацію, яку ви надали представникам Округу. Представники Округу не показуватимуть і не надаватимуть вашу інформацію іншим особам без вашого дозволу за винятком випадків, коли це дозволено федеральним законодавством або законодавством штату. Представники Округу перевіряють цю інформацію за допомогою комп'ютерних програм для пошуку збігів, включно із Системою перевірки доходів і заробітків (IEVS). Ця інформація використовуватиметься для контролю відповідності правилам програми, а також для керування програмою. Представники Округу можуть передати цю інформацію до інших федеральних і державних установ для офіційного розгляду, до правоохоронних органів із метою затримання осіб, які рятуються втечею від правосуддя, а також до установ, які приймають позови громадян, для вжиття заходів щодо прийняття позовів. Представники Округу можуть звернутися до USCIS, щоб перевірити імміграційний статус членів родини, які подають заяву на отримання пільг. Інформація, яку представники Округу отримують від цих установ, може вплинути на вашу відповідність вимогам програми та рівень пільг.

## Повторний розгляд справи

Вашу справу можуть обрати для додаткового розгляду з метою підтвердження вашої відповідності вимогам програми. Тісно співпрацюйте з представниками Округу, штату чи федеральних органів під час будь-якої перевірки або повторного розгляду справи, включно з перевіркою контролю якості. Відмова у співпраці в рамках таких перевірок може призвести до втрати пільг.

## Правила роботи за програмою CalFresh

Представники Округу можуть призначити вам програму роботи. Вам повідомлять, чи це добровільно, чи ви зобов'язані взяти участь у цій програмі. Якщо це обов'язкова програма роботи, а ви її не виконуєте, ваші пільги може бути скорочено або скасовано.

Ви можете не мати права на отримання пільг за програмою CalFresh, якщо ви нещодавно звільнилися з роботи.

## Користування картками електронних виплат соціальної допомоги (EBT)

Жодні пільги, вартість яких буде знято з вашого рахунку до повідомлення вами, членами родини чи уповноваженим представником про втрату чи викрадення картки EBT або PIN-коду, **НЕ** буде відновлено.

Будь-яке використання вашої картки EBT вами, членами родини, вашим уповноваженим представником або іншою особою, якій ви добровільно дали картку EBT та повідомили PIN-код, буде розцінюватися як схвалене вами, а жодні пільги, зняті з вашого рахунку, **НЕ** буде відновлено.

Якщо ви не повідомили про те, що інша особа, якій ви не довіряєте витратити ваші пільги, знає ваш PIN-код та ви не змінили його, жодна сума пільг **не** буде відшкодована.

**Візьміть цю копію та збережіть її**

---

---

**ПРИМІТКА**

Використовуйте ручку з чорним або синім чорнилом, оскільки такий текст найкраще читається і копіюється. Пишіть друкованими літерами. Якщо вам потрібно більше місця, щоб написати відповідь на запитання, використайте розділ «Додаткове місце для відповідей» на стор. 10 і за необхідності прикріпіть додатковий аркуш паперу та продовжуйте писати на ньому. Обов'язково вкажіть, на яке запитання ви відповідаєте на додатковій сторінці для відповідей або на додатковому аркуші паперу.

## 1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАЯВНИКА

ПОВНЕ ІМ'Я (ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ, ПРИЗВИЩЕ)	ІНШІ ІМЕНА (ДІВОЧЕ ПРИЗВИЩЕ, ПРИЗВИСЬКО, ТА ІН.)	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN) (ЯКЩО ВИ ЙОГО МАЄТЕ І ПОДАЄТЕ ЗАЯВУ НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ)		
ДОМАШНЯ АДРЕСА АБО ШЛЯХ ДО ВАШОГО ДОМУ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	
ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД ВКАЗАНОЇ ВИЩЕ)	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	
ДОМАШНІЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ			
РОБОЧИЙ/АЛЬТЕРНАТИВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	Я хочу отримувати повідомлення про розгляд моєї справи електронною поштою. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			

Ви бездомні?  Так  Ні Якщо **так**, одразу повідомте представників Округу, що ви бездомні, і вони з'ясують, яку адресу вказати, щоб вашу заяву було прийнято і щоб на неї надходили повідомлення щодо вашої справи.

Якою мовою ви читаєте (якщо не англійською)? \_\_\_\_\_  
Якою мовою ви розмовляєте (якщо не англійською)? \_\_\_\_\_

Округ може надати вам безкоштовного перекладача. Якщо у вас глухота або порушення слуху, поставте позначку тут

Чи потребуєте ви допомоги в подачі заяви у зв'язку з інвалідністю?  Так  Ні

Ви зацікавлені в отриманні пільг за програмою медичної допомоги Medi-Cal? Якщо **так**, Округ використовує ваші відповіді, щоб вирішити, чи можете ви отримувати пільги за програмою Medi-Cal.  Так  Ні

Щомісячний сукупний дохід вашої родини становить менше \$150, а ваші поточні заощадження в готівці, чеках чи на банківських рахунках становлять не більше \$100?  Так  Ні

Сума щомісячного сукупного доходу вашої родини та ваших поточних заощаджень в готівці, чеках чи на банківських рахунках менша за суму витрат на сплату оренди/іпотеки та комунальних послуг?  Так  Ні

Ваше домогосподарство – це сім'я мігрантів чи сезонних сільськогосподарських робітників, ліквідні ресурси якої не перевищують \$100, і вам припинили надходити доходи або ви не отримаєте більше \$25 у наступні 10 днів?  Так  Ні

Підписуючи цю заяву та усвідомлюючи можливість покарання за надання неправдивих свідчень, я підтверджую таке:

- Мені відомий зміст цієї заяви та мої відповіді на запитання в цій заяві.
- Мої відповіді на питання правдиві й повні, наскільки мені це відомо.
- Будь-які відповіді, які я надаю у процесі розгляду моєї заяви, будуть правдивими й повними.
- Я ознайомився(-лася) із правами та обов'язками за програмою CalFresh (стор. 1 правил програми) і погоджуюся з ними.
- Я ознайомлений/на з правилами програми CalFresh та відповідальністю за їх порушення (стор. 2–3 у правилах програми).
- Мені відомо, що надання неправдивих чи оманних свідчень або перекручування, приховування чи замовчування фактів із метою доведення мого права на отримання пільг за програмою CalFresh є шахрайством. У випадку шахрайства з мого боку проти мене можуть відкрити кримінальну справу і на певний період (або назавжди) мені припинять надавати пільги за програмою CalFresh.
- Мені відомо, що інформація про номери соціального страхування та імміграційний статус членів мого домогосподарства, які претендують на отримання пільг, може бути надана відповідним урядовим структурам згідно із федеральним законодавством.

ПІДПИС ЗАЯВНИКА (ЧИ ДОРОСЛОГО ЧЛЕНА СІМ'Ї/ УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА*ОПІКУНА)	ДАТА
---	------

\*Якщо у вас є уповноважений представник, заповніть пункт 2 на наступній сторінці.

## 2. УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК ЗАЯВНИКА

Ви можете вповноважити іншу особу віком більше 18 років представляти ваші інтереси, щоб допомогти вам отримати пільги за програмою CalFresh. Ця особа зможе виступати від вашого імені на співбесіді, допомогти із заповненням форм, здійснювати покупки для вас та звітувати перед вами. Вам доведеться повернути всі кошти, отримані у зв'язку з помилковою інформацією, наданою Округу представником. Кошти, які представник витратив без вашого дозволу, не будуть повернуті. Якщо ви є уповноваженим представником заявника, вам необхідно надати Округу документи, що засвідчують вашу особу та особу заявника.

Чи бажаєте ви вказати особу, яка допомагатиме вам в отриманні пільг за програмою CalFresh?  Так  Ні

Якщо **так**, заповніть наступний розділ:

ІМ'Я УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА:

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА:

Чи бажаєте ви вказати особу, яка замість вас буде отримувати і витрачати кошти, надані за програмою CalFresh для вашого домогосподарства?  Так  Ні Якщо **так**, заповніть наступний розділ:

ІМ'Я:

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ:

АДРЕСА:

МІСТО

ШТАТ

ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

## 3. РАСОВА/ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ

Надання інформації щодо расової та етнічної приналежності не є обов'язковим. Важливо забезпечити, щоб расова приналежність, колір шкіри чи національність не впливали на право отримання пільг. Ваші відповіді не вплинуть на ваше право отримати пільги та на їх розмір. Відмітьте все, що стосується вас. За законом, Округ має отримати інформацію про вашу етнічну приналежність і расу.

Позначте тут, якщо ви не бажаєте повідомити Округ про вашу расову чи етнічну приналежність. У такому разі Округ використає цю інформацію лише для складання статистики про громадянські права.

<b>ЕТНІЧНА ГРУПА</b>	Ви належите до латиноамериканської чи іспанської етнічної групи? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Якщо так, ви відносите себе до:		
		<input type="checkbox"/> Мексиканців	<input type="checkbox"/> Пуерториканців	<input type="checkbox"/> Кубинців
		<input type="checkbox"/> Інше _____		

## РАСОВА/ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ

Світлошкірі  Американські індіанці або уродженці Аляски  Чорношкірі або афроамериканці  Інші або змішані \_\_\_\_\_

Азіати (якщо так, позначте 1 або більше з таких пунктів):

Філіппінці  Китайці  Японці  Камбоджійці  Корейці  В'єтнамці  Індуси  Лаосці

Інші азіати (укажіть) \_\_\_\_\_

Корінні жителі гавайських островів або інших островів Тихого океану (якщо так, позначте 1 або більше з таких пунктів):

Корінні гавайці  Корінні жителі острова Гуам або чаморро  Самоанці

## 4. ОРГАНІЗАЦІЯ СПІВБЕСІДИ

Щоб отримати пільги за програмою CalFresh, вам необхідно пройти співбесіду з представником Округу, на якій розглядатиметься ваша заява. Співбесіда, як правило, проходить у режимі телефонної розмови. Також ви можете пройти співбесіду під час особистої зустрічі з представниками Округу, коли принесете заяву до Округу, або якщо ви надаєте перевагу такому способу проведення співбесіди. Співбесіди у форматі особистої зустрічі проводяться лише в робочі години Округу.

Якщо ви бажаєте пройти співбесіду у форматі особистої зустрічі, позначте тут.

Якщо проведення вашої співбесіди вимагає вжиття додаткових заходів у зв'язку з інвалідністю, позначте тут.

Позначте бажані день і час співбесіди:

День:  Сьогодні  Наступний незайнятий день  Будь-який день  Понеділок  Вівторок  Середа  
 Четвер  П'ятниця

Час:  Рано вранці  Перша половина дня  Після обіду  Ближче до вечора  У будь-який час

## 5. ІНШІ ПРОГРАМИ

Чи отримував хтось із членів вашої родини коли-небудь державну допомогу (тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям, програма медичної допомоги Medicaid, програма додаткової продовольчої допомоги [надання талонів на продукти харчування], програма загальної підтримки GA/GR, тощо)?  Так  Ні

ЯКЩО **ТАК**, ТО ХТО?

ДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?

ЯКЩО **ТАК**, ТО ХТО?

ДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?



**6а. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОМОГОСПОДАРСТВО**

Укажіть нижче необхідну інформацію про всіх осіб у вашому помешканні, з якими ви спільно купуєте харчові продукти та готуєте страви, включно з вами. **Для негромадян дайте відповіді на запитання 6b і 6с. Якщо ні, перейдіть до пункту 6d.**

Необов'язково надавати номери соціального страхування членів родини, які не подають заяву на отримання пільг. Ви повинні дати відповіді на поставлені нижче запитання щодо кожної особи, яка подає заяву на отримання пільг.

ПОДАЮТЬ ЗАЯВУ НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ (✓позначте «Так» або «Ні»)	ПОВНЕ ІМ'Я (прізвище, ім'я, по батькові)	Ким вам доводиться ця особа?	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	СТАТЬ (Ч АБО Ж)	ГРОМАДЯНИН США або НАЦІОНАЛ (✓позначте «Так» або «Ні») Якщо ні, укажіть відповідь на пункт 6b	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		<b>Я САМ(-А)</b>			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні					<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні					<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні					<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні					<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	

Укажіть імена осіб, які проживають із вами, але спільно з вами не купують харчові продукти та не готують страви:

ІМ'Я	ІМ'Я
ІМ'Я	ІМ'Я

**6b. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ НЕГРОМАДЯН** – укажіть інформацію щодо осіб, зазначених вами в пункті 6а вище, які є негромадянами і подають заяву на отримання допомоги.

Ім'я	Дата в'їзду до США (якщо відомо)	Укажіть таку інформацію (якщо відомо): Номер паспорта, реєстраційний номер іноземця тощо	Має спонсора? (✓ позначте «Так» або «Ні») Якщо так, дайте відповідь на запитання 6с нижче:
		ТИП ДОКУМЕНТА: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		ТИП ДОКУМЕНТА: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		ТИП ДОКУМЕНТА: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Чи є в когось із перелічених вище осіб 10 або більше років (40 кварталів) трудового стажу або військової служби в США?  Так  Ні

Якщо **так**, назвіть цю особу \_\_\_\_\_

Чи хтось серед вказаних вище осіб має, подав заяву на отримання чи планує отримати Т-візу, U-візу або подав петицію за Законом про насильство проти жінок?  Так  Ні

Якщо **так**, назвіть цю особу \_\_\_\_\_

**6с. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ НЕГРОМАДЯН** – укажіть інформацію щодо осіб, зазначених вами в пункті 6b вище, які є негромадянами, що мають спонсора, і які подають заяву на отримання допомоги.

Чи підписав спонсор свідоцтво про матеріальну підтримку I-864?  Так  Ні Якщо **так**, дайте відповідь на решту запитань. Якщо спонсор підписав форму I-134, пропустіть це запитання.

Чи надає спонсор регулярну грошову підтримку?  Так  Ні Якщо **так**, у якому розмірі? \$ \_\_\_\_\_

Чи надає спонсор іншу матеріальну допомогу (позначте все, що підходить)?

сплата оренди  одяг  їжа  інше \_\_\_\_\_

ІМ'Я СПОНСОРА	КОМУ НАДАЄТЬСЯ ДОПОМОГА СПОНСОРА?	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ СПОНСОРА
ІМ'Я СПОНСОРА	КОМУ НАДАЄТЬСЯ ДОПОМОГА СПОНСОРА?	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ СПОНСОРА

**6d. Студенти**

Чи є серед осіб, які подають заяви на отримання пільг, включно з вами особисто, ті, хто навчаються у вищому або професійно-технічному навчальному закладі?  Так  Ні Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

Ім'я особи	Назва школи/Навчальної установи	Форма навчання (✓позначте потрібне)	Ця особа працює?
		<input type="checkbox"/> Більше, ніж половина курсів з програми денної форми навчання <input type="checkbox"/> Менше, ніж половина курсів з програми денної форми навчання Кількість модулів: _____	Середня кількість робочих годин на тиждень: _____
		<input type="checkbox"/> Більше, ніж половина курсів з програми денної форми навчання <input type="checkbox"/> Менше, ніж половина курсів з програми денної форми навчання Кількість модулів: _____	Середня кількість робочих годин на тиждень: _____

**6e. У вашому помешканні проживає прийомна дитина?**  Так  Ні Якщо **так**, назвіть цю особу \_\_\_\_\_  
 Дайте відповіді на запитання нижче про цю дитину (дітей):

Цю дитину (дітей) було віддано вашій сім'ї на виховання за рішенням суду?  Так  Ні

Ви хочете, щоб прийомну дитину (дітей) було враховано у вашій справі щодо отримання допомоги CalFresh? Якщо **так**, дохід, який ви отримуєте у зв'язку з піклуванням за дитиною, буде враховано як нетрудовий дохід. Якщо **ні**, дохід, який ви отримуєте у зв'язку з піклуванням про дитину, не буде враховано як нетрудовий дохід.  Так  Ні

**7. Нетрудовий дохід**

Чи отримує хто-небудь з осіб, з якими ви купуєте продукти та готуєте страви, доходи не від трудової діяльності (нетрудові доходи)?  Так  Ні

Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

Позначте всі відповідні види нетрудового доходу з цих прикладів (також можуть бути інші, не перелічені тут):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Соціальне забезпечення  | <input type="checkbox"/> Ветеранські пільги або пенсія військово-вслужбовця                                       | <input type="checkbox"/> Виграші від участі в лотереях, азартних іграх  |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP (додаткова соціальна допомога)  | <input type="checkbox"/> Фінансова допомога (гранти/позики на навчання/стипендії)                                 | <input type="checkbox"/> Допомога з орендою житла, їжею, одягом   |
| <input type="checkbox"/> Допомога Cash Aid (грошова допомога)  | <input type="checkbox"/> Грошова премія   | <input type="checkbox"/> Страхування чи мирові угоди  |
| <input type="checkbox"/> Допомога CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI   | <input type="checkbox"/> Страхування у зв'язку з безробіттям/страхування у зв'язку з втратою працездатності (SDI) | <input type="checkbox"/> Допомога у зв'язку з інвалідністю, отриманою не на робочому місці, або у зв'язку з виходом на пенсію |
| <input type="checkbox"/> Проживання та харчування (від орендодавця)  | <input type="checkbox"/> Компенсація у зв'язку з отриманням травм на робочому місці                               | <input type="checkbox"/> Пільги робітникам, що страйкують   |
| <input type="checkbox"/> Пенсія  |   | <input type="checkbox"/> Інше _____   |
| <input type="checkbox"/> Виплата аліментів на дитину/колишній дружині або чоловіку   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Допомога державним службовцям чи працівникам залізниці у зв'язку з інвалідністю або виходом на пенсію |   |   |

Особа, яка отримала гроші?	Джерело виплат?	Укажіть суму?	Частота виплат? (одноразово, щотижня, щомісяця, інше)	Чи надходитимуть виплати й надалі? (✓ позначте «Так» або «Ні»)
		\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Якщо ви більше не отримуватимете цього доходу, поясніть, чому:

**8. Трудовий дохід**

Чи має хтось з осіб, з якими ви спільно купуєте харчові продукти та готуєте страви, трудовий дохід (дохід від роботи)?  Так  Ні

Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до запитання 9.

**ПРИМІТКА.** Якщо ви самозайняті, дайте відповідь на запитання 8а.

Зазначте весь свій дохід без **вирахування** податків та інших вирахувань (валовий дохід).

Прикладами трудових доходів є (ці доходи можуть бути отримані від постійної, тимчасової, сезонної роботи або стажування, окрім цього можуть бути інші варіанти, не зазначені тут):

- Заробітна плата
- Комісійні
- Чайові
- Оклад
- Робота з неповною зайнятістю (для студентів)

Працевлаштована особа	Ім'я та адреса роботодавця	Номер телефону роботодавця	Погодинна ставка	Середня кількість робочих годин на тиждень	Частота виплат (щотижнє, щомісяця, інше)	Загальний валовий трудовий дохід, отриманий у цьому місяці	Чи надходять виплати й надалі? (✓ позначте «Так» або «Ні»)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Якщо ви більше не отримуватимете цього доходу, поясніть, чому:

Чи хтось у родині втратив, змінив, залишив роботу або зменшилася кількість робочих годин цієї особи протягом останніх 60 днів?

Так  Ні

Якщо **ТАК**, назвіть особу?

ДАТА ВТРАТИ РОБОТИ, ЗВІЛЬНЕННЯ З РОБОТИ АБО ЗМІНИ РОБОТИ

ДАТА ОСТАННЬОЇ ВИПЛАТИ

ПРИЧИНА?

Чи є особи, що страйкують?  Так  Ні

Якщо **ТАК**, назвіть особу?

ДАТА ПОЧАТКУ СТРАЙКУ

ДАТА ОСТАННЬОЇ ВИПЛАТИ

ПРИЧИНА?

**8а. Самозайнятість**

Самозайняті члени вашого домогосподарства можуть відняти фактичні витрати на підприємницьку діяльність або вирахувати 40 % з доходу від своєї діяльності. Якщо ви вибрали фактичні витрати, вам необхідно надати Округу документи, що підтверджують ці витрати.

Самозайнята особа	Дата початку підприємницької діяльності	Тип підприємства та його назва	Валовий місячний дохід	Витрати за самозайнятість (✓ виберіть один варіант)
			\$	<input type="checkbox"/> 40 % від фіксованої ставки <input type="checkbox"/> Фактичні витрати \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40 % від фіксованої ставки <input type="checkbox"/> Фактичні витрати \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40 % від фіксованої ставки <input type="checkbox"/> Фактичні витрати \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40 % від фіксованої ставки <input type="checkbox"/> Фактичні витрати \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40 % від фіксованої ставки <input type="checkbox"/> Фактичні витрати \$ _____

**9. Витрати домогосподарства на догляд за дитиною/дорослим**

Ви або інші особи, з ким ви спільно купуєте продукти харчування та готуєте страви, платите комусь за догляд за вашою дитиною, дорослим інвалідом або іншою особою, що потребує догляду, щоб мати змогу ходити на роботу, до школи, на стажування або шукати роботу?  Так  Ні Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

За ким доглядають?	Хто доглядає? (ім'я та адреса цієї доглядача)	Виплачу-вана сума?	Частота виплат? (щотижня/щомісяця, інше)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Хто-небудь із вашої родини допомагає покривати всі перелічені вище витрати або частину витрат на догляд за дитиною чи дорослим?  Так  Ні Якщо **так**, укажіть інформацію нижче:

За ким доглядають?	Хто надає фінансову допомогу?	Виплачу-вана сума?	Частота виплат? (щотижня/щомісяця, інше)
		\$	
		\$	

**10. Виплата аліментів на дитину**

Ви або інші, з ким ви спільно купуєте харчові продукти та готуєте страви, зобов'язані сплачувати аліменти, включно із заборгованими аліментами?  Так  Ні Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

Хто виплачує аліменти?	Імена дітей, на утримання яких виплачуються аліменти:	Виплачу-вана сума?	Частота виплат? (щотижня/щомісяця, інше)
		\$	
		\$	

**11. Витрати на утримання домогосподарства**

Ви або інші особи, з ким ви спільно купуєте харчові продукти та готуєте їжу, відповідальні за витрати на утримання домогосподарства?  Так  Ні Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

**ПРИМІТКА.** Не вводьте суми, які виплачують благодійні організації із забезпечення житла (наприклад, HUD або особи, зазначені в розділі 8). Допомога на сплату платежів за теплоенергію, роботу кондиціонерів, використання телефону, інших комунальних послуг і за притулок для бездомних має визначений розмір, тому вам не потрібно вказувати фактичну суму своєї заборгованості.

Тип витрат	Ви маєте такі витрати?	Платник?	Сума до сплати	Частота отримання рахунків (щотижня/щомісяця)
Оплата житла або оренда	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		\$	
Податки на майно та страхування (якщо плата стягується окремо від сплати оренди чи іпотеки)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		\$	
Платежі за газ, електрику або інше паливо, яке використовується для опалення або охолодження житла, наприклад дрова або пропан (якщо плата стягується окремо від сплати оренди чи іпотеки)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Стационарний/мобільний телефони	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Витрати на притулок для бездомних	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Платежі за використання води, чищення каналізації, вивезення сміття	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Чи хто-небудь <u>не</u> із членів вашої родини надає вам фінансову допомогу на зазначені вище витрати? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо <b>так</b> , заповніть потрібну інформацію.		Хто надає фінансову допомогу?	Укажіть суму? \$	Частота виплат?

Чи ваша сім'я отримує або очікує отримати виплати за програмою надання допомоги малозабезпеченим на сплату енергоспоживання (LIHEAP)?  Так  Ні

**12. Витрати на медичне обслуговування:**

Ви або інші, з ким ви спільно купуєте продукти харчування та готуєте їжу, є **особою похилого віку (60 років і старше) або інвалідом**, що має готівкові витрати на медичне обслуговування?  Так  Ні Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

**ПРИМІТКА.** Не вказуйте чоловіка/дружину або дітей, які отримують виплати SSI (додаткову соціальну допомогу) чи виплати у зв'язку з інвалідністю або сліпотою.

Укажіть витрати, які ви очікуєте сплачувати в найближчому майбутньому.

Допустимими витратами на медичне обслуговування є:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Медичне та стоматологічне обслуговування   | <input type="checkbox"/> Оплата внесків за програмою медичного страхування Medicare (частка витрат за програмою Medi-Cal тощо)                                 | <input type="checkbox"/> Витрати на проїзд (плата за кілометраж чи за визначеним тарифом) та тимчасову оренду житла з метою лікування або отримання медичних послуг |
| <input type="checkbox"/> Госпіталізація/амбулаторне лікування/догляд за хворим                                | <input type="checkbox"/> Придбання зубних протезів, слухових апаратів і протезів   | <input type="checkbox"/> Прописані лікарем окуляри та контактні лінзи   |
| <input type="checkbox"/> Прописані ліки, що відпускаються за рецептом   | <input type="checkbox"/> Утримання доглядальниці/доглядальника, без послуг яких пацієнт не може обійтися (це пов'язано з віком, хворобою або неміччю пацієнта) | <input type="checkbox"/> Прописані лікарем медичні приналежності та обладнання  |
| <input type="checkbox"/> Страхові премії за договором страхування на медичне обслуговування та госпіталізацію | <input type="checkbox"/> Харчові продукти, які надаються доглядальнику, та їхня вартість   | <input type="checkbox"/> Витрати на утримання тварин (їжа, сплата рахунків за ветеринарні послуги тощо)   |
|   | <input type="checkbox"/> Прописані ліки, що відпускаються без рецепта  |   |

Ім'я особи похилого віку/інваліда	Сума витрат	Частота виплат (щотижня, щомісяця, інше)	Тип витрат (прописані ліки, протезування зубів, кількість прийомів їжі для доглядальника тощо)	Чи буде вашій родині компенсовано частину будь-яких медичних витрат? (за програмою Medi-Cal, страховкою, членом сім'ї тощо)
	\$			Якщо <b>ТАК</b> , НАЗВІТЬ ОСОБУ: НА СУМУ: \$
	\$			Якщо <b>ТАК</b> , НАЗВІТЬ ОСОБУ: НА СУМУ: \$
	\$			Якщо <b>ТАК</b> , НАЗВІТЬ ОСОБУ: НА СУМУ: \$
	\$			Якщо <b>ТАК</b> , НАЗВІТЬ ОСОБУ: НА СУМУ: \$

**13. Чи є серед осіб, які подають заяви на пільги, включно з вами особисто, ті, хто отримують продовольчу допомогу відповідно до програм нижче?**  Так  Ні

Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

- Громадська їдальня для людей похилого віку чи інвалідів
- Програма розподілу продовольства, якою керує індіанська резервація
- Інша продовольча програма

Якщо <b>ТАК</b> , НАЗВІТЬ ОСОБУ?	ДЕ?
Якщо <b>ТАК</b> , НАЗВІТЬ ОСОБУ?	ДЕ?

**14. Чи є серед осіб, які подають заяви на отримання пільг, включно з вами особисто, ті, хто проживають у місцях, перелічених нижче?**  Так  Ні Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання.

Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

- Притулок для бездомних
- Притулок для жінок, що зазнали насильства в сім'ї
- Індіанська резервація
- Реабілітаційний центр лікування залежності від наркотиків/алкоголю
- Виправна/каральна установи (колонія або в'язниця)
- Групове житлове об'єднання для сліпих або інвалідів
- Житло, субсидоване федеральним урядом
- Психіатрична лікарня для душевнохворих/розумово відсталіх осіб
- Лікарня
- Лікувальний заклад для хронічних хворих або дім пристарілих та інвалідів

Ім'я особи	Назва установи (центру, притулку, закладу тощо)	Очікувана дата виписки з установи (у відповідних випадках)

**15. Чи ви особисто або будь-яка інша особа, що проживає з вами, віком від 60 років включно, не здатні самостійно купувати продукти або готувати страви через інвалідність?**  Так  Ні

Якщо **ТАК**, НАЗВІТЬ ОСОБУ?

**16. Ресурси домогосподарства**

Чи маєте ви або особи, з якими ви спільно купуєте харчові продукти та готуєте їжу, будь-які ресурси (готівку, гроші на банківському рахунку, депозитний вклад, акції та облігації тощо)?  Так  Ні Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

Позначте відповідні ресурси, перелічені нижче:

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Рахунок у банку або кредитній спілці (для розрахунків чеками) | <input type="checkbox"/> Депозитний рахунок грошового ринку | <input type="checkbox"/> Акції       |
| <input type="checkbox"/> Рахунок у банку або кредитній спілці (ощадний)                | <input type="checkbox"/> Пайовий інвестиційний фонд         | <input type="checkbox"/> Облігації   |
| <input type="checkbox"/> Індивідуальний банківський сейф                               | <input type="checkbox"/> Депозитний сертифікат (CD)         | <input type="checkbox"/> Інше: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ощадна облігація (облігації)                                  | <input type="checkbox"/> Готівкові гроші                    |                                      |

Якщо ви маєте спільний рахунок з іншою особою, укажіть це нижче.

Для кожного позначеного вище пункту вкажіть відповідну інформацію.

На чие ім'я зареєстровано фінансовий ресурс?	Тип ресурсу?	Вартість ресурсу?	Місцезнаходження ресурсу? (укажіть назву банку або організації, у якій зберігаються гроші)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Ви або інші особи у вашій родині продавали, обмінювали, віддавали або переводили ресурси за останні три місяці?

Так  Ні

**17. Подвійні пільги**

Вас або іншого члена вашої родини було засуджено за отримання обманним шляхом подвійних пільг SNAP (федеральна назва програми продовольчої допомоги, відомої як CalFresh у штаті Каліфорнія) в будь-якому штаті після 22 вересня 1996 року?

Так  Ні

Якщо **так**, назвіть цю особу? \_\_\_\_\_

**18. Незаконна торгівля пільгами**

Вас або іншого члена вашої родини було засуджено за незаконну торгівлю пільгами SNAP (передача у використання або продаж карток EBT іншим особам) на суму \$500 чи більше після 22 вересня 1996 року?

Так  Ні

Якщо **так**, назвіть цю особу? \_\_\_\_\_

**19. Обмін пільг на наркотики**

Вас чи будь-якого іншого члена вашої родини було визнано винним в обміні пільг SNAP на наркотики після 22 вересня 1996 року?

Так  Ні

Якщо **так**, назвіть цю особу? \_\_\_\_\_

**20. Обмін пільг на вогнепальну зброю чи вибухові речовини**

Вас чи будь-якого іншого члена вашого домогосподарства було визнано винним в обміні пільг SNAP на зброю, боєприпаси чи вибухові речовини після 22 вересня 1996 року?

Так  Ні

Якщо **так**, назвіть цю особу? \_\_\_\_\_

**21. Злочинець, що ухиляється від відповідальності**

Ви або інші члени вашої родини переховуєтесь або втікаєте від правосуддя, щоб уникнути покарання, арешту чи ув'язнення за кримінальний злочин або спробу скоїти кримінальний злочин?

Так  Ні

Якщо **так**, назвіть цю особу? \_\_\_\_\_

**22. Порушення умов випробувального терміну умовного засудження або умовно-дострокового звільнення**

Вас чи будь-якого іншого члена вашої родини було визнано винним у суді за порушення умов випробувального терміну умовного засудження або умовно-дострокового звільнення?

Так  Ні

Якщо **так**, назвіть цю особу? \_\_\_\_\_

**23. Кримінальний злочин, пов'язаний із наркотиками**

1. Вас особисто або члена вашої родини було засуджено за кримінальний злочин, пов'язаний зі зберіганням, застосуванням або розповсюдженням речовин, поширення яких контролюється законом (незаконних наркотичних речовин або препаратів, що продаються лише за рецептом лікаря), після 22 серпня 1996 року?

Так  Ні

2a. Чи було таке засудження пов'язане з діями, наведеними нижче?

Так  Ні

- Транспортування, завезення в штат, продаж, постачання, прийом, передача, володіння з метою подальшого продажу, придбання для подальшого продажу, виробництво або підготовка матеріалів, необхідних для виготовлення речовини, поширення якої контролюється законом; а також вирощування, збирання та обробка марихуани.
- Заохочення, спонукання чи примушування шляхом переконання або погрози неповнолітньої особи до участі в описаних вище діях.

2b. Якщо воно **не** було пов'язане з такими діями, а кримінальний злочин полягав у зберіганні незаконних речовин, ви особисто або член вашої родини брали участь (чи плануєте взяти в майбутньому) у заходах, наведених нижче?

- a) пройшли схвалену урядом програму лікування від наркотичної залежності?  Так  Ні
- b) брали участь у схваленій урядом програмі лікування від наркотичної залежності?  Так  Ні
- c) подали заяву на участь у схваленій урядом програмі лікування від наркотичної залежності?  Так  Ні
- d) стоїте в черзі на участь у схваленій урядом програмі лікування від наркотичної залежності?  Так  Ні
- e) припинили вживання наркотичних речовин і маєте докази цього?  Так  Ні

Якщо **так**, поясніть: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Додаткове місце для відповідей**

---

---

**Додаткове місце для відповідей**

---

**НЕ ЗАПОВНЮЙТЕ – ЛИШЕ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ОКРУГОМ (COUNTY USE ONLY)**

**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