STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH CARE SERVICES

ОТЧЕТНЫЙ МЕСЯЦ: ___<1>_____

ОТЧЕТ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПРАВА НА ПОСОБИЯ

DISTRICT ADDRESS <2>

(Bar Code) <3>

ДАТА: <4>
ИМЯ ДЕЛА: <5>
НОМЕР ДЕЛА: <6>
НОМЕР ФАЙЛА/ГРУППЫ: <7>
ИМЯ РАБОТНИКА: <8>
ТЕЛЕФОНЕ РАБОТНИКА: <9>
Номер цикла SAR: <10>
ID участника: <11>

НУЖДАЕТЕСЬ В ПОМОЩИ? ПОЗВОНИТЕ РАБОТНИКУ, ВЕДУЩЕМУ ВАШЕ ДЕЛО

ОТОШЛИТЕ НАЗАД ПО АДРЕСУ: <12>

ADDRESSEE: <13>

ЧТОБЫ ПОЛУЧАТЬ ПОСОБИЯ ВОВРЕМЯ, ПОЖАЛУЙСТА, ПОДПИШИТЕ ЭТУ ФОРМУ ПОСЛЕ 1ГО ___<14>___ И ВЕРНИТЕ ЕЕ ДО 5ГО ___<15>_____ .

Для расчета пособия CalWORKs ваша семья состоит из _<16>_ человек. Ваш IRT составляет $_<17>__. Для расчета пособия CalFresh, ваша семья состоит из _<18>_. Ваш IRT составляет $_<19>_

Поставьте птичку в квадратике, если вы хотите ОСТАНОВИТЬ получение какого-нибудь пособия: ☐ Остановить мое пособие CalWORKS ☐ ОСТАНОВИТЬ мое пособие CalFresh ☐ ОСТАНОВИТЬ мое пособие Medi-Cal

1. Переехал ли кто-нибудь из вашего дома или съехался с вами (включая новорожденных) или же вы переехали к кому-нибудь за отчетный период? ☐ ДА ☐ НЕТ (Если ДА, заполните графу ниже)

Дата события (мм/дд/гг)	Имя (Имя, Отчество, Фамилия)	Дата рождения	Кем вам приходится	Регулярно покупаете и готовите продукты вместе?
☐ В ☐ Из / /		/ /		☐ Да ☐ Нет
☐ В ☐ Из / /		/ /		☐ Да ☐ Нет
☐ В ☐ Из / /		/ /		☐ Да ☐ Нет

2. Были ли какие-нибудь изменения с вашим адресом за отчетный период? ☐ Да ☐ Нет (Если ДА, заполните графу ниже)

Новый адрес: _____Дата переезда: _____

Номер, Улица, Город, Почтовый индекс

Почтовый адрес (если отличается от указанного выше)_____

3. Если вы переехали или имеете новые/другие расходы на проживание за отчетный период, пожалуйста, заполните графу ниже:

Размер вашей месячной арендной платы или ипотеки в настоящее время? $	Каков размер вашего месячного налога на собственность и месячной страховки за дом в настоящее время если они не включены в вашу месячную арендную плату или ипотеку? $
Оплачиваете ли вы коммунальные услуги, которые не включены в вашу месячную арендную плату или ипотеку? Если да, то укажите, какие: ☐ Телефон ☐ Мусор ☐ Вода ☐ Электричество/Газ ☐ Другие расходы на обогрев или охлаждение	

4. Проживает ли кто-нибудь в вашем доме:

A. Кто был осужден за связь с наркотиками?

B. Кто скрывается от правосудия с целью избежать задержания?

C. Кто нарушил залог, испытательный срок или поручительство?

☐ **ДА** ☐ **НЕТ** (Если ДА, заполните графу ниже)

Имя лица	A,B или C из указанного выше	Где был арестован или осужден?	Дата ареста и/или вынесения приговора

5. Расходы на медицину: Есть ли кто-нибудь, получающий пособие по программе CalFresh в возрасте 60 лет или старше, или имеет инвалидность и у которого расходы на медицину изменились?

☐ **ДА** ☐ **НЕТ** (Если ДА, заполните графу ниже)

У кого изменились расходы?	Сумма: $

6. Алименты на ребенка: Есть ли кто-нибудь, получающий пособие CalFresh, у которого за отчетный период изменился размер алиментов, выплачиваемых ребенку? ☐ ДА ☐ НЕТ Если ДА, какую сумму выплатили в **отчетный месяц?** $_____

Кто платил алименты? _____Если ДА, приложите подтверждение.

7. Уход за иждивенцем или ребенком: Есть ли кто-нибудь, получающий CalFresh и или работает, или ищет работу, или ходит в школу и у кого за отчетный период произошли изменения в оплате по уходу за иждивенцем или ребенком?

☐ **ДА** ☐ **НЕТ** Если ДА, какую сумму платили в отчетный месяц ? $_____

Кто платил? _____ **Укажите ребенка/детей:** _____

INCOME **INCOME** **INCOME**
INCOME **INCOME** **INCOME**
INCOME **INCOME** **INCOME**

WELFARE FRAUD HOTLINE
(800)349-9970

8. Кто-нибудь: получил, купил, продал, обменял или отдал какую-нибудь собственность, землю, дома, автомобили, банковские счета, деньги, выплаты (как выигрыш в лотерею/казино, досрочная выплата social security), или др. предметы собственности за отчетный период?

☐ **ДА** ☐ **НЕТ** (если ДА, заполните графу ниже. Если вам необходимо больше места, приложите дополнительный лист бумаги)

Кто?	Тип собственности?	Когда?	Сумма:	☐ Купил ☐ Продал ☐ Отдал ☐ Потратил
				☐ Получил как подарок ☐ Обменял ☐ Выиграл ☐ Другое

9. Получил ли кто-нибудь заработанный доход за отчетный месяц? ☐ ДА ☐ НЕТ (если ДА, заполните графу ниже и приложите подтверждающие документы). Отчетный месяц указан в верхней части первой страницы. Перечислите всех с указанием работы. Если вам необходимо больше места, приложите отдельный лист бумаги. Примеры включают уход за ребенком, зарплату, работу не по найму, оплату по болезни, чаевые и др..

	Работа #1	**Работа #2**	**Работа #3**
Имя лица, получившего доход:			
Источник дохода:	Если не по найму, отметьте здесь ☐	Если не по найму, отметьте здесь ☐	Если не по найму, отметьте здесь ☐
Периодичность выплат:	☐ Каждую неделю ☐ Каждые две недели ☐ Другое ☐ Раз в месяц ☐ Дважды в месяц	☐ Каждую неделю ☐ Каждые две недели ☐ Другое ☐ Раз в месяц ☐ Дважды в месяц	☐ Каждую неделю ☐ Каждые две недели ☐ Другое ☐ Раз в месяц ☐ Дважды в месяц
Зарплата до вычетов, укажите здесь:	$ $ $ $ $ $	$ $ $ $ $ $	$ $ $ $ $ $
Отработанные часы за неделю:			
Будете продолжать получать этот доход?	☐ ДА ☐ НЕТ	☐ ДА ☐ НЕТ	☐ ДА ☐ НЕТ
Ожидаете ли вы изменений в работе или доходах в последующие шесть месяцев? Примеры: прекращение, начало, увеличение или уменьшение доходов, изменение рабочих часов, увольнение или забастовка, изменение в частоте выплат. ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** Если ДА, объясните здесь:_____			

10. Кто-нибудь получил деньги из каких-нибудь источников за отчетный месяц? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** (если ДА, заполните графу ниже и приложите **подтверждающие документы**). **Отчетный месяц** указан в верхней части первой страницы. Примеры включают: выплата Social Security, компенсация по безработице, пособие для ветеранов, выплата штатом страховки по инвалидности (SDI), алименты ребенку/супругу, компенсация с работы, долги/подарки, заработанные/незаработанные выплаты за аренду, коммунальные услуги, продукты и др..

Имя	**Источник дохода**	**Выплата один раз или ежемесячно**	**Сумма**
			$
			$
			$

Ожидаете ли вы изменений в доходах в последующие шесть месяцев? ☐ ДА ☐ НЕТ

Объясните здесь:_____

11. Произошло ли что-либо из нижеперечисленного с кем-либо из вашей семьи за отчетный период? ☐ ДА ☐ НЕТ (если ДА, укажите ниже и приложите подтверждение):

☐ Изменение в семье (Женились, развелись, разошлись, заключили Калифорнийское домашнее партнерство (RDP), не заключили Калифорнийское домашнее партнерство (DP), расторгли DP или RDP, забеременели, или больше не беременны?)

☐ Работа/Практические занятия (Начал, прекратил, уволился, открыл бизнес или начал забастовку?)

☐ Инвалидность (Получили инвалидность или выздоровели после инвалидности или серьезного заболевания?)

☐ Иммиграция (Изменения в гражданском или иммиграционном статусе, получили новое удостоверение, анкету или письмо из службы иммиграции USCIS (INS)?)

☐ Страховка (Начали, перестали или изменили получение льгот по медицинскому, стоматологическому страхованию или страхованию жизни, включая страхование по программе MEDICARE?)

☐ Опека (Любое изменение в количестве часов по уходу/опеке ваших детей?)

☐ Программа услуг на дому (Начали или прекратили получать услуги?)

☐ Посещение школы

* Только для получающих денежное пособие – Студент в возрасте 6 -18 лет перестал или начал регулярно посещать школу?
* Для студента в возрасте 16 лет и старше – начал или перестал посещать школу/колледж? (Вы, возможно, можете заявить о расходах на книги, транспортных расходах и др.)

☐ Кто-либо оплатил все мои расходы за проживание, продукты, одежду и коммунальные услуги.(Пожалуйста, поясните) _____

☐ Другое _____

Пожалуйста, прочитайте внимательно, подпишите и поставьте дату.

Подписывая эту форму:

- Я понимаю и заверяю под угрозой наказания за лжесвидетельство, что все мои ответы в этом отчете являются правильными и полными, насколько мне это известно.
- Я понимаю, что за дачу ложных показаний на меня могут быть наложены следующие санкции: Я могу быть подвергнут тюремному заключению сроком до 20 лет и штрафу до $250,000. Возможно я должен буду платить пособия обратно, если я не имел права на них, если я сознательно нарушил правила, выдача пособий по программе CalFresh может быть прекращена на один год при первом нарушении, на два года – при втором, после третьего раза выдача пособий CalFresh прекратится навсегда.
- Я понимаю и согласен предоставить копии всех документов, необходимых, чтобы заполнить мой полугодовой отчет.
- Я понимаю, что в некоторых случаях, меня могут попросить дать Округу разрешение на контакт, в случае необходимости определить законность моего права.

СВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ – ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБМАНА

Я ПОНИМАЮ, ЧТО: Если я сознательно скрою факты или сообщу ложную информацию о моих доходах, собственности, семейном положении с целью получения или продолжения получения пособий или льгот, я могу быть подвергнут судебному разбирательству. Я также могу быть обвинен по закону в совершении преступления, если мне будет ошибочно выплачена сумма превышающая $950 в виде денежного пособия, и/или пособия CalFresh. Мною получена копия уведомления об инструкциях и штрафах касающихся отчета о соответствии/статусе для получающих денежное пособие и пособие CalFresh.

ВАШ ОТЧЕТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОДПИСАН И ДАТИРОВАН ЧИСЛОМ МЕСЯЦА, СЛЕДУЮЩЕГО ЗА ОТЧЕТНЫМ МЕСЯЦЕМ, ИНАЧЕ ОТЧЕТ БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ НЕПОЛНЫМ. Я заявляю под угрозой ответственности за дачу ложных показаний по законам Соединенных штатов и штата Калифорния, что представленные в этом отчете факты являются правдой, соответствуют действительности и полностью изложены.

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬ	Для получающих денежное пособие: Вы и ваш супруг, получающий пособие, зарегистрированный гражданский партнер, а также другой родитель (детей, получающих пособие), если они проживают вместе с вами. Для получающих пособие CalFresh: Глава семьи, совершеннолетний член семьи или же полномочный представитель семьи.

ПОДПИСЬ ИЛИ ЗНАК, ЕЕ ЗАМЕНЯЮЩИЙ ➔	**ДАТА ПОДПИСИ**	**ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН** ( ) -	**КОНТАКТНЫЙ/МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН** ( ) -

ПОДПИСЬ СУПРУГА, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО ГРАЖДАНСКОГО ПАРТНЕРА ИЛИ ДР. РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОСОБИЕ ➔	**ДАТА ПОДПИСИ**	**ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ (ЕСЛИ ВМЕСТО ПОДПИСИ ПОСТАВЛЕН ЗНАК), ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ЭТУ ФОРМУ** ➔	**ДАТА ПОДПИСИ**