

DECLARAÇÃO DOS FATOS PARA INCLUSÃO DE UMA CRIANÇA MENOR DE 16 ANOS DE IDADE

(Requerimento Suplementar e Solicitação de Auxílio em Dinheiro e/ou CalFresh(Vale-Refeição))

INSTRUÇÕES:

Preencha este formulário, caso haja uma nova criança na residência e assine a seção de Certificação. Se precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel. Use um formulário para cada criança.

Caso receba Auxílio em Dinheiro, e deseje solicitar auxílio para a nova criança, este formulário deve ser preenchido pelo pai ou parceiro doméstico ou parente responsável da Califórnia.**Para as famílias CalFresh** que NÃO recebem ou que desejam receber Auxílio em Dinheiro, este formulário deve ser preenchido por um membro adulto da família ou representante autorizado.**1. Nome do pai ou parente responsável****Telefone**

() ()

2. Forneça todos os fatos referentes a esta criança.

NOME DA CRIANÇA (NOME, SOBRENOME, ÚLTIMO)

NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SEXO (✓)

 M F

OUTRO NOME DO PAI/MÃE

LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)

DATA DE NASCIMENTO (DIA, MÊS, ANO)

DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA OU FÍSICA
 SIM NÃO

TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO (✓)

 Auxílio em Dinheiro CalFreshSTATUS DECIDADO/NÃO DECIDADO (✓) CIDADÃO/NATURAL DOS EUA NÃO CIDADÃO: Patrocinado SIM NÃO

RELAÇÃO COM O REQUERENTE OU COM O PARENTE RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA

SE A CRIANÇA TEM MENOS DE 6 ANOS DE IDADE, AS VACINAÇÕES ESTÃO EM DIA?

 SIM NÃO Não tem menos de 6 anos de idade**3. A criança é adotada?** SIM NÃO

A. A criança foi colocada em sua casa sob uma ordem de dependência do tribunal?

 SIM NÃO

B. Deseja que o(s) filho(s) adotivo(s) e os rendimentos de adoção sejam considerados no processo de CalFresh?

 SIM NÃO

C. A criança está cadastrada em um plano de saúde?

 SIM NÃO**4. A criança recebeu Auxílio em Dinheiro ou CalFresh este mês?** SIM NÃO

Se "SIM", preencha abaixo:

TIPO DE AUXÍLIO

LOCAL (Condado, Estado)

 Auxílio em Dinheiro CalFresh**5. A criança recebe ou espera receber rendimentos, tais como, Remunerações, Rendimentos suplementares de seguro/pagamentos suplementares do estado (SSI/SSP), benefícios da previdência social, pensão alimentícia, rendimentos de adoção, Rendimentos para veteranos, etc. Se "SIM", preencha abaixo:** SIM NÃO

TIPO DE RENDA

VALOR (Antes das deduções, se houver)

QUANDO

QUANTAS VEZES

\$

Essa renda terá continuidade? SIM NÃO Se "NÃO", explique as alterações conhecidas:**6. A. Preencha abaixo se você deseja auxílio em dinheiro para essa criança, e ela tem entre 6 a 16 anos de idade. Ele/Ela frequenta a escola regularmente?** SIM NÃO

Se "NÃO", explique por que ele/ela não frequenta a escola regularmente:

 Não tem entre 6 e 16 anos de idade**B. A criança está grávida ou é pai/mãe?** SIM NÃOSe "SIM", Marque (✓) o Status: Grávida Pai/Mãe

ESCOLARIDADE, MARQUE (✓)

 Ensino superior completo Ensino médio completo Não frequenta uma escola (explique):
 Ainda frequenta a escola Outros (explique):**C. A criança recebeu um bônus ou penalidade em dinheiro, ou auxílio com assistência infantil, transporte, etc., do Programa Cal-Learn?** SIM NÃO

Se "SIM", preencha abaixo:

LOCAL (CONDADO)

DATA(S) DE RECEBIMENTO

7. O pai(s) desta criança prestou serviço militar aos Estados Unidos (EUA)? SIM NÃO

Se "SIM", preencha abaixo:

NOME DO PAI

PAI CIDADÃO DOS EUA

RAMO DE SERVIÇO

DATAS DE SERVIÇO

DISPENSA HONROSA

 SIM NÃO SIM NÃO**8. Preencha abaixo se você deseja obter CalFresh para esta criança e ela não é uma cidadã dos EUA.****A. Por quantos anos essa criança e/ou seus pais moraram nos EUA?****B. Enquanto moravam nos EUA**, quantos anos esta criança e/ou seus pais ganharam dinheiro trabalhando nos EUA?**C. Enquanto moravam fora dos EUA**, por quantos anos essa criança e/ou seus pais trabalharam nos EUA ou para uma empresa dos EUA?**USO EXCLUSIVO DO CONDADO**

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

AU Non-AU MFG Child CF Non-HH
 Yes No Yes No Excl. Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:

WtW: CF:

VERIF: Blind/Deaf/Disabled SSN Citizen SAVE Eligible Noncitizen Immun.

Alien Reg. No.

D.O.E.

3A. Request dependency order3B. CA and FC Elig/CR Chooses:Child: CA FCCR: CA None Kin-GAP3C. Medi-Cal Fee for Service Verification provided Verification provided FC Income Counted onCF Case YES NO CA Eligible for Higher MAPIncome if exempt

Unearned Earned CA CF

Verified:
 Referred to Cal-Learn Program CW 25 QR 25ACW 5 YES NO
Date InitiatedCF: Honorable Discharge YES NO

9. A criança possui propriedades ou recursos, como: dinheiro, terreno, contas bancárias, fundos de fideicomisso, títulos de poupança, pagamentos per capita ou fundos de fideicomisso para nativo-americanos ou outros itens? Se "SIM", preencha abaixo: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				USO EXCLUSIVO DO CONDADO <input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF																			
TIPO DE RECURSO	NÚMERO DA CONTA/APÓLICE	NOME, ENDEREÇO DO BANCO, ETC.	VALOR ATUAL																				
			\$																				
10. A criança possui Medicare ou convênio médico, como Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS etc., que é pago pelo pai/mãe ou empregador do pai/mãe? Se "SIM", especifique a cobertura: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:																			
11. A criança foi indiciada como aduapor um crime, e se assim for, a criança está se escondendo ou fugindo da lei para evitar perseguição por crimes, custódia ou encarceramento depois da acusação de crime ou tentativa de crime? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																							
12. A criança foi acusada por um tribunal de justiça de estar em violação de liberdade condicional? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																							
13. A criança foi acusada de crime relacionado a drogas por posse, uso ou distribuição de substâncias controladas? Se "SIM", informe os fatos, no caso de auxílio em dinheiro, para as acusações que ocorreram a partir de 1/1/98; e, para o CalFresh, para crimes e acusações após 8/22/96. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																							
DATA DA ACUSAÇÃO		DATA DO CRIME COMETIDO																					
14. A. Se você puder receber auxílio em dinheiro, os membros elegíveis de sua família menores de 21 anos poderão fazer exames de saúde por meio do Programa para a Saúde e Prevenção de Deficiências para Crianças e Adolescentes(CHDP).				<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:																			
				<input type="checkbox"/> Referred for Immunization																			
				<input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:																			
• Deseja mais informações sobre os Serviços CHDP? • Deseja receber os serviços médicos ou odontológicos gratuitos do CHDP? • Precisa de ajuda para marcar consultas ou chegar até o médico ou dentista?				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B. Deseja mais informações sobre o serviço de vacinação?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. Deseja informações sobre não discriminação, aconselhamento a dependentes de álcool/drogas, despesas médicas antigas e outras necessidades especiais?.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. Alguma mulher grávida precisa de médico, transporte médico e/ou outro tipo de ajuda?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. Há alguma mulher amamentando? Se "SIM", o nascimento ocorreu nos últimos 12 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Deseja obter informações ou os serviços de uma Clínica de Planejamento Familiar para ajudar você a planejar o tamanho da sua família e evitar uma gravidez indesejada?.....</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			SIM	NÃO	B. Deseja mais informações sobre o serviço de vacinação?			C. Deseja informações sobre não discriminação, aconselhamento a dependentes de álcool/drogas, despesas médicas antigas e outras necessidades especiais?.....			D. Alguma mulher grávida precisa de médico, transporte médico e/ou outro tipo de ajuda?			E. Há alguma mulher amamentando? Se "SIM", o nascimento ocorreu nos últimos 12 meses?			F. Deseja obter informações ou os serviços de uma Clínica de Planejamento Familiar para ajudar você a planejar o tamanho da sua família e evitar uma gravidez indesejada?.....		
	SIM	NÃO																					
B. Deseja mais informações sobre o serviço de vacinação?																							
C. Deseja informações sobre não discriminação, aconselhamento a dependentes de álcool/drogas, despesas médicas antigas e outras necessidades especiais?.....																							
D. Alguma mulher grávida precisa de médico, transporte médico e/ou outro tipo de ajuda?																							
E. Há alguma mulher amamentando? Se "SIM", o nascimento ocorreu nos últimos 12 meses?																							
F. Deseja obter informações ou os serviços de uma Clínica de Planejamento Familiar para ajudar você a planejar o tamanho da sua família e evitar uma gravidez indesejada?.....																							

CERTIFICAÇÃO

Compreendo que:

- Se eu fornecer intencionalmente fatos incorretos ou não relatar todos os fatos ou situações que afetem minha elegibilidade ou pagamentos de auxílio, poderei ser multado, condenado à prisão ou ambos. Poderei ser multado em até \$10,000 no caso do auxílio em dinheiro e \$250,000 no caso do CalFresh. Poderei ser enviado à prisão por até 3 anos no caso no auxílio em dinheiro e 20 anos no caso do CalFresh. Além disso, os benefícios do auxílio em dinheiro e de CalFresh poderão ser interrompidos durante 6 meses, 12 meses, 2 anos, 4 anos, 5 anos, 10 anos, 20 anos ou permanentemente; e, no caso de Assistência Monetária para Refugiados, 3 meses e 6 meses.
- Meu caso pode ser selecionado para revisões que visam a comprovar minha elegibilidade e devo cooperar completamente com as autoridades do meu condado, estado e federação durante qualquer revisão do controle de qualidade.
- Os fatos fornecidos por mim serão verificados pelas autoridades, estadual e federal.
- O condado enviará fatos ao Serviço de Imigração e Naturalização dos EUA (USCIS) para comprovar status de imigração.
- Os fatos que o condado obtiver do USCIS poderão afetar a elegibilidade ao auxílio em dinheiro e CalFresh.
- Os fatos fornecidos por mim serão verificados com pagamentos de impostos, previdência, agências de emprego, distritos escolares e Administração de Identidade Nacional para comprovar a elegibilidade da criança ao auxílio em dinheiro e/ou CalFresh e que estou recebendo o valor correto no auxílio em dinheiro ou CalFresh. Além disso, o número do seguro social será comparado aos registros das agências de manutenção e garantia da lei para a verificação de mandatos de prisão.

Declaro, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas nesta Declaração dos Fatos são verdadeiras, corretas e que estão completas.

QUEM DEVE ASSINAR O FORMULÁRIO: Para o auxílio em dinheiro, você e seu cônjuge auxiliado, Parceiro Doméstico Registrado, ou o outro pai/mãe (de uma criança auxiliada), caso esteja habitando a residência.
 Para o CalFresh, um membro adulto da residência ou representante autorizado.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL COM PARENTESCO E/OU MEMBRO ADULTO DA RESIDÊNCIA COM CALFRESH OU REPRESENTANTE AUTORIZADO	DATA
ASSINATURA DO CÔNJUGE AUXILIADO OU OUTRO PAI-MÃE (DA CRIANÇA AUXILIADA) SE HABITANDO A RESIDÊNCIA	DATA
ASSINATURA DA TESTEMUNHA, INTÉRPRETE OU OUTRA PESSOA QUE TENHA PREENCHIDO O FORMULÁRIO	DATA

USO EXCLUSIVO DO CONDADO

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (CW 101 / TEMP CW 101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:		
Signature of County Worker	Date	Signature of Supervisor	Date		