



ЗАЯВА НА ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ CALFRESH

Якщо Ви є інвалідом або потребуєте допомоги з цією заявою, повідомте про це Відділ соціальної допомоги (окружний), і Вам допоможуть.

Якщо Вам зручніше говорити, читати чи писати не англійською, а іншою мовою, Округ знайде того, хто зможе допомогти Вам, і це буде безкоштовно для Вас.

Як подати заяву?

Скористайтеся цим бланком, якщо Ви подаєте заяву на отримання лише допомоги CalFresh. CalFresh є програмою продуктової допомоги, яка допомагає Вам покрити вартість продуктів харчування для Вашого домогосподарства. Якщо Ви бажаєте подати заяву для отримання допомоги через інші програми, такі як CalWORKs або Medi-Cal, будь ласка, попросіть про форму для подачі заяви для участі в інших програмах. Ви також можете подати заяви для участі у CalFresh та інших програмах в електронному вигляді на вебсайті <http://www.benefitscal.org/>. Ви можете дізнатися, чи відповідаєте Ви вимогам для участі у програмі, за адресою <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- Якщо можете, повністю заповніть форму заяви. Щоб почати подавати заяву, Ви повинні, як мінімум, надати Округові своє ім'я, адресу та підпис (питання 1 на сторінці 1).
- Подайте заяву до Округу особисто або поштою, факсом або в електронному вигляді.
- Той день, коли Округ отримає Вашу підписану заяву, є днем відліку часу для отримання відповіді щодо того, чи зможете Ви отримати допомогу. Якщо Ви знаходитесь у закладі довгострокового перебування, відлік часу почнеться з того дня, коли Ви його залишите.

Що робити далі?

- Прочитайте свої права та обов'язки (Правила програми сторінки з 1 по 5) до того, як Ви підпишете заяву.
- Ви повинні пройти співбесіду з Округом для обговорення Вашої заяви. Більшість співбесід відбувається по телефону, але її також можна провести в окружному офісі або іншому місці, визначеному Округом. Якщо Ви є інвалідом, можливими є інші варіанти.
- Якщо Ви не заповнили форму заяви повністю, Ви можете закінчити заповнювати її під час співбесіди.
- Вам необхідно надати докази Ваших прибутків, витрат та інших обставин для визначення Вашої відповідності вимогам для участі у програмі.

Як багато часу це займе?

Обробка Вашої заяви може зайняти до 30 днів. Ви, можливо, отримаєте допомогу протягом трьох календарних днів, якщо Ви відповідаєте одному з критеріїв для Прискореного сервісу:

- Місячний валовий дохід Вашого домогосподарства (дохід до вирахувань) є меншим за \$150 та сума готівки, яку Ви маєте на руках або на поточному чи зберігальному рахунках, складає \$100 або менше; або
- Вартість житла Вашого домогосподарства (оренда/позика банку та комунальні послуги) є вищою, ніж Ваш місячний валовий дохід та сума готівки, яку Ви маєте на руках або на поточному чи зберігальному рахунках; або
- Ваше домогосподарство є домогосподарством мігруючого/сезонного робітника ферми, ліквідні ресурси якого не перевищують \$100 на поточному або зберігальному рахунках та 1) джерело Вашого прибутку припинилось, або 2) Ваш прибуток почав надходити, але Ви не очікуєте отримати більш ніж \$25 протягом наступних 10 днів.

Щоб допомогти Округові визначити, чи можете Ви отримати допомогу через три дні, будь ласка, дайте відповідь на питання 1, з 6 по 8, 11 та 16 та надайте Округові документ для підтвердження особи (якщо Ви його маєте) разом із заявою.

Округ надішле Вам листа, щоб повідомити, чи ухвалено надання допомоги CalFresh для Вашого домогосподарства, чи ні.

Зустріч в агенції

Зустріч в агенції – це процес, який дає домогосподарству право звернутися з проханням про зустріч із посадовою особою, відповідальною за визначення того, чи відповідає домогосподарство вимогам для участі у програмі (на цій зустрічі може бути присутня посадова особа, відповідальна за визначення того, чи відповідає домогосподарство вимогам для участі у програмі, та уповноважений представник), щоб у неформальній обстановці вирішити будь-які суперечки щодо того, чи відповідає домогосподарство критеріям для отримання Прискореного сервісу.

Зустріч в агенції має бути призначено протягом двох робочих днів з часу подання запиту, крім випадків, коли домогосподарство просить, щоб її було призначено на пізнішу дату або повідомляє, що воно не бажає зустрічатися з представником агенції.

Що мені потрібно для моєї співбесіди?

Щоб уникнути затримок, принесіть наступні докази на Вашу співбесіду. Прийдіть на неї, навіть якщо Ви не маєте доказів. Округ, можливо, зможе допомогти, якщо Вам потрібно отримати доказ. Протягом співбесіди Округ обговорить інформацію, надану в заяві, та поставить питання, щоб визначити, чи відповідаєте Ви вимогам для отримання допомоги CalFresh та суму, яку Ви зможете отримувати.

Докази, необхідні для отримання допомоги

- Підтвердження особи (права водія, картка підтвердження особи, видана штатом, паспорт).
- Місце проживання (договір оренди, свіжий рахунок, у якому вказано Вашу адресу).
- Номери соціального страхування (перегляньте нижче примітку щодо певних негромадян).
- Гроші в банку для всіх членів Вашого домогосподарства (останні виписки з банківських рахунків).
- Трудовий дохід всіх у Вашому домогосподарстві (останні чеки на зарплату, лист про працевлаштування від роботодавця). **ЗАУВАЖТЕ:** Якщо є самозайняті, записи про прибутки та витрати або податкові документи.
- Нетрудовий дохід (виплати допомоги з безробіття, SSI, соціальне страхування, допомога ветерану, аліменти на дитину, компенсація працівникам, які отримали травми на роботі, гранти чи позики на навчання, прибуток від оренди та ін.)
- Законний імміграційний статус **ЛИШЕ** для негромадян, які подають заяву на отримання допомоги (реєстраційна картка особи, яка має дозвіл на проживання, віза).

ЗАУВАЖТЕ: Для певних негромадян, які подають заяву на імміграційний статус з огляду на домашнє насилля, переслідування за участь у судовому процесі або є жертвами торгівлі людьми, цей доказ може не бути необхідним. Ім також може не бути необхідним номер соціального страхування.

Докази, необхідні для отримання більшої допомоги CalFresh

- Вартість житла (чеки за оплату оренди, рахунки позики на житло, рахунок податку на нерухомість, страхові документи).
- Вартість телефону та комунальних послуг.
- Медичні витрати для будь-кого у Вашому домогосподарстві, хто є людиною похилого віку (60 та старший) або інвалідом.
- Вартість догляду за дитиною або людиною похилого віку з причини того, що хтось працює, шукає роботу, отримує професійне навчання чи відвідує навчальний заклад, або бере участь у трудовій діяльності, яка вимагається.
- Аліменти на дитину, які виплачує одна з осіб у Вашому домогосподарстві.

Як я отримуватиму/зможу використовувати кошти моєї допомоги CalFresh?

- Округ надішле поштою або видасть Вам пластикову картку для отримання електронного переказу допомоги (Electronic Benefit Transfer [EBT]). Кошти буде перераховано на картку після того, як Вашу заяву буде ухвалено. Поставте свій підпис на картці, коли отримаєте її. Ви встановите персональний ідентифікаційний номер (Personal Identification Number [PIN]) для використання своєї картки.
- Якщо Ви загубили свою картку EBT або її викрадено чи знищено, або Ви вважаєте, що хтось може знати Ваш PIN, але Ви не бажаєте, щоб він користувався коштами Вашої допомоги, відразу ж зателефонуйте за номером (877) 328-9677 або до Округу. Переконайтеся, що всі відповідальні дорослі та Ваш уповноважений представник також знають, як відразу ж повідомити про одну з цих проблем. Якщо Ви не повідомите відразу ж про те, що інша особа знає Ваш PIN і що Ви не хочете, щоб вона використовувала кошти Вашої допомоги, і не поміняєте свій PIN, використані кошти не буде відшкодовано.
- Ви можете використовувати свою допомогу CalFresh, щоб купити майже будь-яку їжу, а також насіння та рослини для того, щоб вирощувати власну їжу. Ви не можете купувати алкоголь, тютюнові вироби, їжу для тварин, деякі види приготованої їжі та нічого з того, що не є їжею (наприклад, зубну пасту, мило або паперові полотенця).
- Допомогу CalFresh приймають у більшості продуктивних крамниць та інших торгових точках, де продають продукти. Щоб отримати список торгових точок неподалік від Вас, де приймають EBT, будь ласка, зайдіть на сайт <https://www.ebt.ca.gov> або <https://www.snapfresh.org>.
- Допомогу CalFresh призначено лише для Вас та членів Вашого домогосподарства. Тримайте свої кошти в безпеці. Не розголошуйте свій PIN. Не зберігайте свій PIN разом з картою EBT.

Що робити, якщо я – бездомний?

Будь ласка, відразу ж повідомте Округ, якщо Ви – бездомний, щоб Округ допоміг Вам знайти адресу, якою можна скористатися для того, щоб Вашу заяву було прийнято та де можна буде отримувати повідомлення від Округу стосовно Вашої справи. Для CalFresh бездомний означає, що Ви:

- А. Перебуваєте у притулку, в якому присутні працівники, у місці тимчасового проживання для осіб, яким потрібен період соціальної адаптації, або подібному місці.
- В. Перебуваєте вдома в іншій особі не більше ніж 90 днів поспіль.
- С. Спите в місці, не призначеному для того або яке зазвичай не використовується як місце для сну (наприклад, коридор, автовокзал, вестибюль або подібне місце).

Інформаційна сторінка – будь ласка, візьміть її та зберігайте для власних потреб.

ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ

Ви зобов'язані:

- Надати Округові всю інформацію для визначення Вашої відповідності вимогам програми.
- Якщо необхідно, надати Округові докази на підтвердження інформації, яку Ви маєте.
- Повідомляти про зміни, як вимагається. Округ надасть Вам інформацію щодо того, про що, коли і як повідомляти. Якщо Ви не відповідатимете вимогам щодо звітування про Ваше домогосподарство, Вашу справу буде закрито або розмір Вашої допомоги CalFresh буде знижено чи її буде припинено.
- Шукати, отримати і залишатися на роботі або брати участь в іншій діяльності, якщо Округ повідомить Вас, що саме це є необхідним у Вашому випадку.
- Повністю співпрацювати з окружним, штатним чи федеральним персоналом, якщо Вашу справу обрано для перегляду або розслідування, щоб переконатися, що Вашу відповідність вимогам програми та рівень виплат було визначено правильно. Відмова співпрацювати у цих переглядах призведе до втрати Вашої допомоги.
- Повернути будь-які виплати CalFresh, вимогам для отримання яких Ви не відповідали.

Ви маєте право:

- Повернути підписану заяву на отримання CalFresh із вказанням лише свого імені та адреси.
- За необхідністю, на перекладача, наданого Штатом безкоштовно для Вас.
- На конфіденційність Вашої інформації, крім тих випадків, коли це прямо пов'язано із впровадженням програм Округу.
- Відкликати свою заяву будь-коли до того, як Округ визначить, чи відповідаєте Ви вимогам програми.
- Звертатися з проханням про допомогу щодо заповнення форми заяви на отримання CalFresh та отримати пояснення правил програми.
- Звернутися з проханням про допомогу для отримання необхідного доказу.
- На чемне та уважне ставлення, повагу та відсутність дискримінації.
- Отримати допомогу CalFresh протягом 3 днів, якщо Ви відповідаєте вимогам для надання прискорених послуг.
- На призначення Округом Вашої співбесіди протягом розумного часу, коли Ви подаєте заяву, і на визначення Вашої відповідності вимогам програми протягом 30 днів.
- Мати не менше 10 днів для надання Округові необхідного доказу для визначення відповідності правилам програми.
- Отримати письмове повідомлення як мінімум за 10 днів до того, як Округ знизить або припинить Ваші виплати CalFresh.
- Обговорювати Вашу справу з Округом та переглядати її, коли Ви про це попросите.
- Звернутися з проханням про розгляд справи урядом Штату протягом 90 днів, якщо Ви не згодні з Округом щодо своєї справи CalFresh. Якщо Ви звернетесь з проханням про розгляд до того, як буде вчинено дії у Вашій справі CalFresh, розмір Вашої допомоги CalFresh залишиться тим самим до розгляду справи або до кінця періоду Вашої сертифікації, до того з них, яке настане раніше. Ви можете попросити Округ змінити розмір Вашої допомоги до слухання, щоб уникнути повернення перевиплати, якщо вона відбудеться. Якщо суддя адміністративного суду вирішить справу на Вашу користь, Округ поверне Вам будь-яку суму допомоги, яку було припинено.
- Запитувати про свої права щодо слухання або про звернення по юридичну допомогу за безкоштовним телефоном – **(800) 952-5253** – або для осіб із вадами слуху чи мовлення, які користуються TDD, **(800) 952-8349**. Ви можете отримати безкоштовну юридичну допомогу в місцевому офісі юридичної допомоги або прав соціального забезпечення.
- Привести з собою друга або ще когось на слухання, якщо Ви не бажаєте іти один(на).
- Отримати допомогу від Округу щодо реєстрації виборця.
- Повідомляти про зміни, про які Ви не зобов'язані повідомляти, якщо це спричинить підвищення розміру Вашої допомоги CalFresh.
- Надати підтвердження витрат Вашого домогосподарства, що може допомогти Вам отримати більші виплати CalFresh. Не надати докази Округові є тим самим, що й сказати, що у Вас немає цих витрат, і Ви не зможете отримати більші виплати CalFresh.
- Повідомити Округ, якщо Ви бажаєте, щоб хтось іще користувався коштами Вашої допомоги CalFresh для Вашого домогосподарства або допомагав із Вашою справою CalFresh (уповноважений представник).

Даний документ призначено для зберігання у Вашому особистому архіві.

Правила програми та покарання

Ви чините злочин, якщо Ви навмисне надаєте неправдиву або неправильну інформацію або не надаєте всю інформацію, щоб спробувати отримати виплати допомоги CalFresh, вимогам для отримання яких Ви не відповідаєте, або допомогти ще комусь отримати допомогу, вимогам для отримання якої вони не відповідають. Ви повинні повернути всі виплати, які Ви отримали, але вимогам для отримання яких Ви не відповідали.

Порушення правил програми Для CalFresh: Я розумію, що я, можливо, вчиню навмисне порушення правил програми, якщо я зроблю одну з наступних дій:	Покарання Я можу:
<ul style="list-style-type: none"> • Приховую інформацію або робитиму неправдиві заяви • Використовуватиму картки електронного переказу допомоги (Electronic Benefit Transfer [EBT]), які належать іншій особі, або дозволятиму іншій особі користуватися моєю картою • Використовуватиму кошти допомоги CalFresh для придбання алкоголю та тютюнових виробів • Обмінюватиму, купуватиму, продаватиму, крастииму або віддаватиму кошти допомоги CalFresh або картки EBT, або <u>намагатимусь</u> обміняти, купити, продати, викрасти або віддати кошти допомоги CalFresh або картки EBT • Намагатимусь отримати подвійну допомогу шляхом подання заяв на її отримання у двох або більше округах або штатах одночасно • Подам фальшиві документи на дітей або дорослих членів домогосподарства, які не відповідають вимогам для отримання допомоги або не існують • Порушу умови мого дострокового або умовного звільнення • Втечу після того, як мене було визнано винним(ою) у скоєнні злочину • Придбаю (куплю) продукт за кошти CalFresh, який має депозит на повернення, навмисне (не випадково) викину вміст продукту та поверну контейнер, щоб отримати депозит, або <u>спробую</u> повернути контейнер, щоб отримати депозит • Придбаю продукт за кошти CalFresh і навмисне перепродам його за готівку або за щось інше, крім продукту харчування, який відповідає вимогам програми 	<ul style="list-style-type: none"> • Втратити право на отримання допомоги CalFresh на 12 місяців за перше порушення та бути зобов'язаним(ою) повернути повну суму допомоги CalFresh, перевиплаченої мені • Втратити право на отримання допомоги CalFresh на 24 місяці за друге порушення та бути зобов'язаним(ою) повернути повну суму допомоги CalFresh, перевиплаченої мені • Остаточо втратити право на отримання допомоги CalFresh за третє порушення та бути зобов'язаним(ою) повернути повну суму допомоги CalFresh, перевиплаченої мені • Бути оштрафованим(ою) на суму до \$250.000,00 або бути ув'язненим(ою) до 20 років, або отримати обидва покарання одночасно
<ul style="list-style-type: none"> • Мінятиму кошти допомоги CalFresh або <u>спробую</u> вимінити кошти допомоги CalFresh на: готівку, вогнепальну зброю, товари, не дозволені правилами програми, або на медикаменти, які підлягають предметно-кількісному контролю, такі, як наркотики 	<ul style="list-style-type: none"> • Втратити право на отримання допомоги CalFresh на 24 місяці за перше порушення • Назавжди втратити право на отримання допомоги CalFresh за друге порушення
<ul style="list-style-type: none"> • Надам неправдиву інформацію про те, хто я і де я живу, з метою отримання додаткової допомоги CalFresh 	<ul style="list-style-type: none"> • Втратити право на отримання допомоги CalFresh на 10 років за кожне порушення
<ul style="list-style-type: none"> • Мене буде визнано винним(ою) в обміні, продажу чи <u>спробі</u> обміну допомоги CalFresh вартістю понад \$500 або обміні чи <u>спробі</u> обміну коштів допомоги CalFresh на вогнепальну зброю, боєприпаси або вибухівку 	<ul style="list-style-type: none"> • Назавжди втратити право на отримання допомоги CalFresh

Даний документ призначено для зберігання у Вашому особистому архіві.

Важлива інформація для негромадян

- Ви можете подавати заяву і отримати допомогу CalFresh для осіб, які відповідають вимогам програми, навіть якщо у Вашій родині є ті, хто не відповідає вимогам програми. Наприклад, батьки-іммігранти можуть подавати заяву на отримання допомоги CalFresh для своїх дітей, які є громадянами США або дітьми-іммігрантами, які відповідають певним критеріям, навіть якщо батьки можуть не відповідати вимогам програми.
- Отримання продуктової допомоги не вплине на імміграційний статус Вашої родини. Імміграційна інформація є приватною та конфіденційною.
- Імміграційний статус негромадян, які відповідають вимогам та подають заяву на отримання допомоги, буде перевірено у Службі громадянства та імміграції США (U.S. Citizenship and Immigration Services [USCIS]). Федеральний закон визначає, що USCIS не може використовувати цю інформацію ні в якому іншому випадку, крім шахрайства.

Відмова від участі

Ви не повинні надавати імміграційну інформацію, номери соціального страхування або документи на того(тих) члена(ів) родини, який(і) не є громадянами та не подає(ють) заяву(и) на отримання допомоги CalFresh. Округові потрібно знати їхній дохід та інформацію про ресурси, щоб правильно визначити розмір допомоги для Вашого домогосподарства. Округ не зв'язуватиметься із USCIS стосовно тих людей, які не подають заяви на отримання допомоги CalFresh.

Положення про конфіденційність та розголошення: У заяві Ви надаєте особисті дані. Округ використовує ці дані для того, щоб визначити, чи відповідаєте Ви критеріям для отримання допомоги. Якщо Ви не надасте інформацію, про яку Вас попросили, Округ може відхилити Вашу заяву. Ви маєте право переглядати, змінювати або коригувати будь-які дані, які Ви надали Округові. Округ не розголосить Ваші дані або не передасть їх іншим, якщо Ви не дасте своєї згоди або федеральний закон та закон штату дозволяють їм це робити. 273.2(b)(4) Заява *Положення про конфіденційність*. У зв'язку з тим, що ми є агенцією Округу, ми зобов'язані повідомляти всі домогосподарства, які подають заяви на отримання та на повторну сертифікацію для отримання допомоги CalFresh, про наступне:

- (i) Збір цих даних, включаючи номер соціального страхування (SSN) кожного члена домогосподарства, дозволено згідно Закону про продовольчі купони від 1977 року, в діючій редакції 7 U.S.C. 2011-2036. Ці дані буде використано для визначення того, чи відповідає Ваше домогосподарство критеріям для участі або чи продовжує воно відповідати критеріям для участі у програмі CalFresh. Ми перевіримо ці дані через комп'ютерні програми відповідності, включаючи Систему перевірки прибутку та заробітків (Income and Earnings Verification System [IEVS]). Ці дані також буде використано для моніторингу дотримання правил програми та для управління програмою.
- (ii) Ці дані може бути передано до інших федеральних агенцій та агенцій штату для офіційної перевірки, а також представникам правоохоронних органів з метою затримання осіб, які втікають, щоб уникнути закону.
- (iii) Якщо буде подано позов до Вашого домогосподарства, дані з цієї заяви, включаючи всі номери соціального страхування (SSN), може бути передано до федеральних агенцій та агенцій штату, а також приватних агенцій зі стягнення боргу для початку дій щодо стягнення боргу.
- (iv) Надання запитаних даних, включаючи SSN кожного члена домогосподарства, є добровільним. Однак ненадання SSN спричинить відмову у наданні допомоги CalFresh кожній особі, яка не надала SSN. Всі надані SSN буде використано і повідомлено таким самим чином, як і SSN членів домогосподарства, які відповідають критеріям для отримання допомоги.

Округ може перевірити імміграційний статус членів домогосподарства, які подають заяви на отримання допомоги, звернувшись до USCIS. Інформація, яку Округ отримує після звернення до цих агенцій, може вплинути на Вашу відповідність критеріям та рівень виплат.

Округ перевірить Ваші відповіді, користуючись інформацією зі штатної та федеральної баз даних Податкового управління (Internal Revenue Service [IRS]), Служби соціального забезпечення (Social Security Administration), Департаменту внутрішньої безпеки (Department of Homeland Security) та/або **агенції зі збору та надання інформації щодо кредитоздатності споживачів (consumer reporting agency)**. Якщо отримана інформація не співпадає, Округ може попросити Вас надіслати докази.

Даний документ призначено для зберігання у Вашому особистому архіві.

Використання номерів соціального страхування (Social Security Numbers [SSN])

Кожному, хто подає заяву на отримання допомоги CalFresh, необхідно надати SSN, якщо вони його мають, або доказ того, що вони подали заяву на його отримання (такий, як лист із Відділу соціального забезпечення). Округ може відмовити у наданні допомоги CalFresh Вам або будь-якому членові Вашого домогосподарства, який не надасть SSN. Деяким особам не потрібно надавати SSN для отримання допомоги, наприклад, жертвам домашнього насильства, свідкам у кримінальних справах та жертвам торгівлі людьми.

Перевиплата

Це означає, що Ви отримали більші виплати допомоги CalFresh, ніж повинні були. Ви повинні повернути їх, навіть якщо це було помилкою, зробленою Округом, або це сталося ненавмисне. Суму Ваших виплат може бути знижено або їх може бути припинено. Ваш SSN може бути використано для стягнення суми, яку Ви винні, через суд, інші агенції зі стягнення боргу або за допомогою заходів зі стягнення боргу з боку федерального уряду.

Звітування

Кожне домогосподарство, яке отримує допомогу CalFresh, має повідомляти про певні зміни. Ваш Округ надасть Вам інформацію щодо того, про які зміни повідомляти, як повідомляти про них та коли про них повідомляти. Якщо Ви не відповідатимете вимогам щодо звітування, розмір Вашої допомоги буде знижено або її виплату буде припинено. Ви також можете звітувати, коли трапляються випадки, які можуть підвищити розмір Вашої допомоги, такі, як отримання меншого доходу.

Розгляд справи урядом Штату

Ви маєте право на розгляд справи урядом Штату, якщо Ви не згодні з жодною дією, вчиненою щодо Вашої заяви або існуючих виплат допомоги. Ви можете звернутися з проханням про розгляд справи урядом Штату протягом 90 днів із дня вчинення дій Округом і Ви повинні розповісти, чому Ви бажаєте розгляду. Повідомлення про задоволення заяви або відмову у її задоволенні, яке Ви отримуєте від Округу, включатиме інформацію про те, як подати прохання про розгляд справи урядом Штату. Якщо Ви попросите про розгляд до вчинення дій, Ви, можливо, зможете утримувати виплати допомоги CalFresh на тому самому рівні аж до прийняття рішення.

Положення про заборону дискримінації Згідно федерального закону про громадянські права та положень і політики щодо громадянських прав Департаменту Сільського Господарства Сполучених Штатів (U.S. Department of Agriculture [USDA]), USDA, агенціям USDA, офісам, співробітникам та закладам, які беруть участь у/або впроваджують програми USDA, забороняється дискримінувати на підставі раси, кольору шкіри, національного походження, статі, релігійних переконань, інвалідності, віку, політичних переконань чи розправлятися або мститися за попередню діяльність у сфері громадянських прав у будь-якій програмі або діяльності, яка проводиться або фінансується USDA.

Особи з інвалідністю, яким необхідні альтернативні засоби спілкування для отримання інформації про програму (напр., шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, Американська мова жестів та ін.), повинні звернутися до Агенції (штату або місцевої), куди вони подавали документи для отримання допомоги. Особи, які є глухими, мають вади слуху або мовлення, можуть зв'язатися з USDA через Федеральну службу передачі інформації (Federal Relay Service) за номером (800) 877-8339. Крім цього, інформація про програму може бути доступною не лише англійською, а й іншими мовами.

Для подачі скарги про дискримінацію заповніть бланк форми скарги про дискримінацію в програмі USDA (AD-3027), яку можна знайти на сайті http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, та в будь-якому офісі USDA, або зв'яжіться з координатором у справах громадських прав Вашого Округу, або напишіть листа, адресованого USDA, та надайте в листі всю інформацію, яку потрібно надати в бланку, або напишіть до Управління соціальних служб штату Каліфорнія (California Department of Social Services [CDSS]), адресу якого надано нижче. Щоб подати запит для отримання бланку форми скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Поверніть заповнену форму або листа до USDA наступним чином:

- | | | |
|-------------------------------|--|---|
| (1) поштова адреса: | U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410 | CDSS
Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (дзвінки є
безкоштовними) |
| (2) факс: | (202) 690-7442; або | |
| (3) адреса електронної пошти: | program.intake@usda.gov | |

Ця установа надає всім рівні можливості.

Даний документ призначено для зберігання у Вашому особистому архіві.

Перегляд файлів зі справами

Вашу справу може бути обрано для додаткового перегляду, щоб впевнитися, що Вашу відповідність вимогам програми було визначено правильно. Ви повинні повністю співпрацювати із окружним, штатним чи федеральним персоналом у будь-якому розслідуванні або перегляді, включаючи перегляд контролю якості.

Правила CalFresh щодо трудової діяльності

Округ може прикріпити Вас до певної програми трудової діяльності. Вони повідомлять Вас, чи це є добровільним, а чи Ви повинні брати участь у програмі трудової діяльності. Якщо Ви маєте обов'язкову трудову діяльність, але Ви не берете в ній участь, розмір Вашої допомоги може змінитися або її виплату буде припинено. Ви можете не відповідати вимогам для отримання CalFresh, якщо Ви недавно звільнилися з роботи без поважної причини.

Використання ЕВТ

Будь-які кошти, зняті з Вашої картки до того, як Ви, інший член домогосподарства або Ваш уповноважений представник повідомлять про втрату картки ЕВТ чи PINу або їх викрадення, відшкодовано **не** буде.

Будь-яке використання Вашої картки ЕВТ Вами, іншим членом домогосподарства, Вашим уповноваженим представником або будь-ким, кому Ви добровільно дали свою картку ЕВТ та PIN, буде вважатися уповноваженим Вами і ніякі кошти, зняті з Вашого рахунку, **не** буде відшкодовано.

Якщо Ви не повідомите, що інша особа, яка Ви не бажаєте, щоб могла витратити Ваші кошти, має Ваш PIN і Ви не зміните свій PIN, будь як використані кошти **не** буде відшкодовано.

Даний документ призначено для зберігання у Вашому особистому архіві.

ДЛЯ ЗАПИСІВ

Будь ласка, користуйтеся ручкою з чорною або синьою пастою, — їх легше читати та копії виходять найкращими. Будь ласка, вписуйте відповіді друкованими літерами. Якщо Вам потрібно більше місця для відповіді на питання, скористайтеся секцією «Місце для додаткових записів» на сторінці 10 та вкладіть додаткові сторінки, якщо потрібно для надання інформації. Будь ласка, переконайтеся, що вказали, відповідь на яке питання Ви вписуєте в додатковій секції або на додатковому листі паперу.

1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОСОБУ, ЯКА ПОДАЄ ЗАЯВУ

ІМ'Я (ПЕРШЕ, СЕРЕДНЄ, ПРИЗВИЩЕ)	ІНШІ ІМЕНА (ДІВОЧЕ, ПРИЗВИСЬКА ТА ІН.)	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ (ЯКЩО ВІН У ВАС Є І ЯКЩО ВИ Є ОСОБОЮ, ЯКА ПОДАЄ ЗАЯВУ НА ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ)	
ДОМАШНЯ АДРЕСА АБО ІНСТРУКЦІЇ, ЯК ДІСТАТИСЯ ДО ВАШОГО ДОМУ	МІСТО	ШТАТ	ZIP-КОД
ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД НАВЕДЕНОЇ ВИЩЕ)	МІСТО	ШТАТ	ZIP-КОД

ДОЗВІЛ КОНТАКТУВАТИ

Будь ласка, надайте Округові найкращу контактну інформацію для зв'язку з Вами. Це допоможе при обробці Вашої заяви. Надаючи інформацію нижче, Ви даєте Округові дозвіл зв'язуватися з Вами по телефону, електронною поштою або текстовим повідомленням, або залишити повідомлення на Вашому автовідповідачі щодо Вашої заяви.

НОМЕР ДОМАШНЬОГО ТЕЛЕФОНУ	НОМЕР МОБІЛЬНОГО ТЕЛЕФОНУ	ПОЗНАЧТЕ ТУТ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ТЕКСТОВИХ ПОВІДОМЛЕНЬ <input type="checkbox"/>
РОБОЧИЙ/АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ТЕЛЕФОН/ТЕЛЕФОН ДЛЯ ПОВІДОМЛЕНЬ	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ	

Чи є Ви бездомним? Так Ні Якщо **так**, будь ласка, відразу ж повідомте Округ, що Ви – бездомний, щоб Округ допоміг Вам знайти адресу, якою можна скористатися для того, щоб Вашу заяву було прийнято та де можна було б отримувати повідомлення від Округу стосовно Вашої справи.

Якою мовою Вам зручніше читати (якщо не англійською)? _____

Якою мовою Вам зручніше розмовляти (якщо не англійською)? _____

Округ надасть перекладача безкоштовно для Вас. Якщо Ви – глухий або маєте вади слуху, будь ласка, позначте тут

(БУДЬ ЛАСКА, ОБЕРІТЬ ОДНУ ВІДПОВІДЬ)

Чи є Ви або хтось у Вашому домогосподарстві інвалідом (необов'язкове питання)? Так Ні

Чи потребуєте Ви або хтось у Вашому домогосподарстві спеціальні умови через інвалідність (необов'язкове питання)? Так Ні

Чи були випадки домашнього насильства/знуцання (необов'язкове питання)? Так Ні

Чи зацікавлені Ви у поданні заяви на отримання Medi-Cal? Якщо Ви відповісте «так», Округ використає Ваші відповіді для того, щоб визначити, чи можете Ви отримувати Medi-Cal. Так Ні

Чи є валовий місячний дохід Вашого домогосподарства меншим за \$150 готівкою або на поточному та зберігальному рахунках маєте \$100 або менше? Так Ні

Чи є сума сукупного місячного валового доходу Вашого домогосподарства та готівки або депозитів на поточному та зберігальному рахунках меншою, ніж загальна вартість оренди житла/оплати за будинок та комунальні послуги? Так Ні

Чи є Ваше домогосподарство мігруючим/домогосподарством сезонного робітника ферми, ліквідні ресурси якого не перевищують \$100 і або джерело Вашого прибутку припинилось, або Ви не отримаєте більш ніж \$25 протягом наступних 10 днів? Так Ні

Я розумію, що, поставивши свій підпис під цією заявою під страхом покарання (за неправдиві свідчення), що:

- Я прочитав, або мені прочитали, інформацію з цієї заяви і мої відповіді на питання цієї заяви.
- Мої відповіді на питання є правдивими і повними, наскільки мені відомо.
- Всі відповіді, які я можу надати в процесі подання заяви, будуть правдивими та повними, наскільки мені відомо.
- Я прочитав або мені прочитали, і я розумію та погоджуюся з Правами та Обов'язками (Правила програми, сторінка 1) програми CalFresh.
- Я прочитав, або мені прочитали, Правила програми CalFresh та покарання за їх невиконання (Правила програми, сторінка 2).
- Я розумію, що надання неправдивої чи оманливої інформації або надання завідома неправдивої інформації, приховування або замовчування фактів з метою установлення відповідності вимогам для отримання допомоги CalFresh є шахрайством. Шахрайство може спричинити відкриття кримінальної справи проти мене та/або мені може бути заборонено на певний період (або на все життя) отримувати допомогу CalFresh.
- Я розумію, що номери соціального страхування або імміграційний статус членів домогосподарства, які подають заяву на отримання допомоги, може бути повідомлено до відповідних державних агенцій, як того вимагає федеральний закон.

ПІДПИС ОСОБИ, ЯКА ПОДАЄ ЗАЯВУ (АБО ДОРОСЛОГО ЧЛЕНА РОДИНИ/УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА*ОПІКУНА)	ДАТА
--	------

***Якщо Ви маєте уповноваженого представника, будь ласка, дайте відповідь на питання 2 на наступній сторінці.**

2. УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК ДОМОГОСПОДАРСТВА

Ви можете уповноважити особу 18 років або старшу для допомоги Вашому домогосподарству із виплатами CalFresh. Ця особа також може говорити від Вашого імені під час співбесіди, допомагати Вам заповнювати форми, робити покупки для Вас і повідомляти про зміни замість Вас. Ви повинні будете повернути повну суму допомоги, яку Ви помилково отримаєте через інформацію, яку ця особа надасть Округові, і ніякі кошти, які ця особа витратила всупереч Вашій волі, не буде відшкодовано. Якщо Ви є уповноваженим представником, Вам необхідно надати Округові документи на посвідчення своєї особи та особи, яка подає заяву.

Чи бажаєте Ви призначити когось, щоб допомагав Вам із Вашою справою CalFresh? (Будь ласка, оберіть одне) Так Ні

Якщо **так**, заповніть секцію нижче:

ІМ'Я УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА
----------------------------------	--

Чи бажаєте Ви призначити особу, яка могла б отримувати та витратити кошти допомоги CalFresh для Вашого домогосподарства? (Будь ласка, оберіть одне) Так Ні Якщо **так**, заповніть секцію нижче:

ІМ'Я	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ		
АДРЕСА (ВУЛИЦЯ, БУДИНОК, КВАРТИРА)	МІСТО	ШТАТ	ZIP-КОД

3. РАСА/ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ

Інформація про расу та етнічну групу є не обов'язковою. Про це запитується для того, щоб переконатися, що допомога надається, незважаючи на расу, колір шкіри чи національне походження. Ваші відповіді не вплинуть на Вашу відповідність вимогам програми чи на рівень виплат. Позначте всі відповіді, які Вас стосуються. Згідно закону, Округ повинен занотувати Вашу етнічну групу та расу.

Зробіть позначку в цьому квадраті, якщо Ви не бажаєте надавати Округові інформацію щодо Вашої раси та національності. Якщо ні, Округ введе цю інформацію лише для статистики щодо цивільних прав.

ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ	Чи є Ваше походження іспанським або латиноамериканським? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Якщо Ваше походження є іспанським чи латиноамериканським, чи вважаєте Ви себе: <input type="checkbox"/> Мексиканцем <input type="checkbox"/> Пуерториканцем <input type="checkbox"/> Кубинцем <input type="checkbox"/> Інше _____		
-----------------------	--	---	--	--

РАСА/ЕТНІЧНЕ ПОХОДЖЕННЯ

- Білий Американський індіанець або корінний житель Аляски Чорний або афроамериканець Інше або змішане _____
- Азіатське (Якщо позначено, будь ласка, оберіть одне чи кілька з наступного):
- Філіпинець(ка) Китаєць/китайка Японець/японка Камбоджієць/камбоджійка Кореєць/кореянка
 - В'єтнамець/в'єтнамка Азіатський індієць/індійка Лаосяннин(ка)
 - Інше азіатське (вказіть) _____
- Корінні жителі Гавайських островів або інших островів Тихого океану (якщо так, позначте 1 або більше наступних пунктів):
- Корінні гавайці Корінні жителі острова Гуам або чаморро Самоанці

4. ВАШ ВИБІР ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ СПІВБЕСІДИ

Ви або інший дорослий член Вашого домогосподарства повинні пройти співбесіду з Округом, щоб обговорити Вашу заяву та отримати допомогу CalFresh. Співбесіда зазвичай проводиться по телефону крім тих випадків, коли під час співбесіди Ви будете заповнювати заяву на отримання допомоги для того, щоб подати її особисто, або якщо Ви віддасте перевагу особистій співбесіді. Особисті співбесіди будуть проводитися лише протягом нормальних робочих годин Округу.

- Будь ласка, позначте тут, якщо Ви віддасте перевагу особистій співбесіді.
- Будь ласка, позначте тут, якщо Вам потрібні інші домовленості у зв'язку з інвалідністю.

Будь ласка, позначте нижче, перевагу яким дням та якому часу для співбесіди Ви віддаєте:

День: Сьогодні Наступний доступний день Будь-коли Понеділок Вівторок Середа Четвер П'ятниця

Час: Рано-вранці Серед ранку Відразу по обіді Пізніше по обіді Будь-коли

5. ІНШІ ПРОГРАМИ

Чи Ви або хтось із Вашого домогосподарства коли-небудь отримували державну фінансову допомогу (Тимчасову допомогу для родин у скрутному становищі, Medicaid, Програму додаткової продуктової допомоги (Supplemental Nutrition Assistance Program [CalFresh]), Загальну допомогу (General Assistance [GA])/Загальну підтримку (General Relief [GR]) та інші)? (Будь ласка, оберіть одне) Так Ні

ЯКЩО ТАК , ТО ХТО?	ДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?
ЯКЩО ТАК , ТО ХТО?	ДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?

6a. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОМОГОСПОДАРСТВО

Надайте наступну інформацію про всіх осіб вдома, разом з якими Ви купуєте та готуєте їжу, включаючи самого/саму себе. **Якщо подаєте заяву на негромадян, будь ласка, дайте відповіді на питання 6b та 6c. Якщо ні, перейдіть до питання 6d.**

Номер соціального страхування є необов'язковим для членів, які не подають документів для отримання допомоги. Ви повинні відповісти на нижченаведені питання для кожної особи, яка подає заяву на отримання допомоги.

Подає заяву на отримання допомоги (✓ Позначте Так чи Ні)	Ім'я (Прізвище, ім'я, ініціал середнього імені)	Ким доводиться Вам ця особа?	Дата народження	Стать (Ч або Ж)	Громадянин США або особа, яка народилася на території, які належать США (Позначте Так чи Ні) Якщо ні, нижче дайте відповідь на питання 6b	Номер соціального страхування
<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		Я САМ(А)			<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	

Будь ласка, вкажіть імена всіх, хто проживає з Вами, але купує та готує їжу окремо.

ІМ'Я	ІМ'Я
ІМ'Я	ІМ'Я

6b. ІНФОРМАЦІЯ ПРО НЕГРОМАДЯН — Дайте відповіді стосовно тих людей, названих раніше у питанні 6a, які не є громадянами та подають заяву на отримання допомоги.

ІМ'Я	Дата прибуття до США (якщо відомо)	Надайте одне з нижченаведеного (якщо відомо): номер паспорта, реєстраційний номер дозволу на постійне проживання, інше.	Профінансовано? (✓ Позначте Так чи Ні) Якщо так, дайте відповіді на питання 6c нижче:
		ТИП ДОКУМЕНТУ: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТУ: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		ТИП ДОКУМЕНТУ: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТУ: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		ТИП ДОКУМЕНТУ: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТУ: _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Чи має хтось із вищевказаних осіб як мінімум 10 років (40 кварталів) трудового стажу або служби в армії Сполучених Штатів? ^(БУДЬ ЛАСКА, ОБЕРІТЬ ОДНЕ)
Якщо **так**, то хто? _____ Так Ні

Чи хтось із вищевказаних осіб має, або подали заяву на отримання, або чи планують вони подавати заяву на візу Т, візу U або на отримання статусу VAWA?
Якщо **так**, то хто? _____ Так Ні

6c. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ПРОФІНАНСОВАНИХ НЕГРОМАДЯН — Заповніть для тих, кого було вказано раніше у питанні 6b, хто є профінансованими негромадянами і подають заяву для отримання допомоги.

Чи підписував спонсор форму I-864? Так Ні Якщо **так**, будь ласка, дайте відповіді на всі інші питання. Якщо спонсор підписав форму I-134, не відповідайте на це питання.

Чи регулярно спонсор допомагає грошима? Так Ні Якщо **так**, яку суму надає? \$ _____

Чи регулярно спонсор допомагає з наступним (вкажіть все, що стосується)?

орендою житла одягом продуктами харчування іншим _____

ІМ'Я СПОНСОРА	КОГО ПРОФІНАНСОВАНО?	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ СПОНСОРА
ІМ'Я СПОНСОРА	КОГО ПРОФІНАНСОВАНО?	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ СПОНСОРА

6d. СТУДЕНТИ

Чи хтось із тих, хто подає заяву, включаючи Вас, навчається в коледжі або професійно-технічному учбовому закладі? (Будь ласка, оберіть одне)

Так Ні Якщо **так**, будь ласка, дайте відповідь на це питання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного питання.

Ім'я особи	Назва навчального закладу/закладу професійної підготовки	Статус реєстрації (✓ Оберіть одне)	Чи працює ця особа?
		<input type="checkbox"/> Половина курсів чи більше <input type="checkbox"/> Менш ніж половина курсів Кількість кредитних годин: _____	Середня кількість годин на тиждень: _____
		<input type="checkbox"/> Половина курсів чи більше <input type="checkbox"/> Менш ніж половина курсів Кількість кредитних годин: _____	Середня кількість годин на тиждень: _____

6e. Чи проживає з Вами дитина, тимчасово передана на виховання? Так Ні Якщо **так**, то хто? _____

Будь ласка, дайте відповіді на наступні питання про дитину(дітей):

Чи було цю дитину(дітей) передано під Вашу опіку згідно рішення суду про передачу на утримання (Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні

Чи бажаєте Ви, щоб дитину(дітей), тимчасово переданих Вам на виховання, було включено до Вашої справи CalFresh? (Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні

Якщо **так**, виплати, які Ви отримуєте на утримання дитини(дітей), тимчасово переданої(их) Вам на виховання, буде зараховано як нетрудовий дохід. Якщо **ні**, виплати, які Ви отримуєте на утримання дитини(дітей), тимчасово переданої(их) Вам на виховання, не буде зараховано як нетрудовий дохід.

7. НЕТРУДОВИЙ ДОХІД

Чи отримуєте Ви або хтось із осіб, з якими Ви разом купуєте та готуєте їжу, дохід, який не приходить з місця роботи (нетрудовий)?

(Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні

Якщо **так**, будь ласка, дайте відповідь на це питання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного питання.

З нижченаведених прикладів оберіть всі види нетрудових доходів, які Вас стосуються (можуть бути інші, не вказані тут):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Соціальне страхування | <input type="checkbox"/> Виплати допомоги ветеранам або військова пенсія | <input type="checkbox"/> Виграші від лотереї/азартних ігор |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> Фінансова допомога (гранти на навчання/позики на навчання/стипендії) | <input type="checkbox"/> Допомога з орендною платою/продуктами харчування/одягом |
| <input type="checkbox"/> Готівкова допомога (Cash aid) | <input type="checkbox"/> Грошові подарунки | <input type="checkbox"/> Страхівка або виплати згідно рішення суду |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAP | <input type="checkbox"/> Страхівка з безробіття (Unemployment Insurance) /Державне страхування на випадок інвалідності (State Disability Insurance [SDI]) | <input type="checkbox"/> Приватні виплати з інвалідності або виходу на пенсію |
| <input type="checkbox"/> Проживання та харчування (від Вашого орендаря) | <input type="checkbox"/> Компенсація працівникам, які отримали травми на роботі (Worker's compensation) | <input type="checkbox"/> Допомога учасникам страйку |
| <input type="checkbox"/> Пенсія | | <input type="checkbox"/> Інше _____ |
| <input type="checkbox"/> Аліменти на дитину/подружні аліменти | | |
| <input type="checkbox"/> Пенсійні виплати або виплати з інвалідності від держави/залізниці | | |

Особа, яка отримує гроші	З якого джерела?	Скільки?	Як часто отримує? (Один раз, щотижня, щомісяця, або інше)	Чи очікується, що це триватиме? (✓ Позначте, Так чи 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 тривалість цього доходу не очікується, будь ласка, поясніть:

8. ТРУДОВІ ДОХОДИ

Чи Ви або будь-хто, з ким Ви купуєте та готуєте їжу, отримує дохід від роботи (трудоий дохід)? (Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні Якщо **так**, будь ласка, дайте відповідь на це питання. Якщо **ні**, перейдіть до питання 9.

ЗАУВАЖТЕ: Якщо Ви є замозайнятим, дайте відповідь на питання 8а.

Будь ласка, перерахуйте всі джерела прибутку **до** утримання податків та інших вирахувань (валовий прибуток).

Прикладами трудових доходів є (ці приклади може бути отримано на повну зайнятість, тимчасово, сезонно, під час навчання, а також можуть бути інші, не згадані тут):

• Погодинна оплата • Комісійні • Чайові • Фіксована оплата • Робота за програмою працевлаштування під час навчання (студенти)

Особа, яка працює	Роботодавець та його адреса	Номер телефону роботодавця	Оплата за годину	Середня кількість годин на тиждень	Як часто видається зарплата? (Один раз, щотижня, щомісяця, інше)	Загальний валовий трудовий дохід, отриманий цього місяця	Чи очікується, що це триватиме? (✓ Позначте, Так чи 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 тривалість цього джерела прибутку не очікується, будь ласка, поясніть:

Чи хтось втратив роботу, змінив роботу, звільнився з роботи або зменшив кількість робочих годин протягом останніх 60 днів? (Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні

ЯКЩО ТАК , ТО ХТО?	ДАТА ВТРАТИ, ЗВІЛЬНЕННЯ ЧИ ЗМІНИ РОБОТИ	ДАТА ОСТАННЬОЇ ЗАРПЛАТИ
---------------------------	---	-------------------------

з якої причини?

Чи хтось страйкує? (Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні

ЯКЩО ТАК , ТО ХТО?	ДАТА ПОЧАТКУ СТРАЙКУ	ДАТА ОСТАННЬОЇ ЗАРПЛАТИ
---------------------------	----------------------	-------------------------

з якої причини?

8а. САМОЗАЙНЯТІСТЬ

Самозайняті члени домогосподарства можуть списувати фактичні витрати на самозайнятість або списати стандартні 40% із суми доходу, отриманого через самозайнятість. Якщо Ви оберете списання фактичних витрат, Вам необхідно буде надати Округові підтвердження тих витрат.

Самозайнята особа	Дата початку бізнесової діяльності	Тип та назва бізнесу	Валовий місячний дохід	Витрати на самозайнятість (Будь ласка, оберіть ✓ одну відповідь)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% фіксована сума <input type="checkbox"/> Фактичні витрати \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% фіксована сума <input type="checkbox"/> Фактичні витрати \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% фіксована сума <input type="checkbox"/> Фактичні витрати \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% фіксована сума <input type="checkbox"/> Фактичні витрати \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% фіксована сума <input type="checkbox"/> Фактичні витрати \$ _____

9. ВИТРАТИ ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ДОГЛЯД ЗА ДИТИНОЮ/ДОРОСЛОЮ ОСОБОЮ

Чи Ви або хтось із тих, з ким Ви купуєте та готуєте їжу, платите за догляд за дитиною, дорослим інвалідом або за іншим утриманцем, щоб Ви або інша особа могли іти на роботу, до навчального закладу або шукати роботу? (Будь ласка, оберіть одну відповідь)

так ні Якщо так, будь ласка, дайте відповідь на це питання. Якщо ні, перейдіть до питання 10.

Кого доглядають?	Хто доглядає? (Ім'я та адреса постачальника послуг)	Сума оплати	Як часто платиться? (Щотижня/щомісяця, інше)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Чи хтось допомагає Вашому домогосподарству оплачувати повну або часткову вартість вищезазначеного догляду за дитиною/дорослим? Так Ні Якщо так, дайте відповіді на питання нижче:

Кого доглядають?	Хто допомагає платити?	Сума оплати	Як часто платиться? (Щотижня/щомісяця, інше)
		\$	
		\$	

10. СПЛАТА АЛІМЕНТІВ

Чи Ви або хтось із осіб, з ким Ви купуєте та готуєте їжу, зобов'язаний згідно закону виплачувати аліменти на дитину, в тому числі заборговані аліменти? Так Ні Якщо так, будь ласка, дайте відповідь на це питання. Якщо ні, перейдіть до питання 11.

Хто сплачує аліменти?	Ім'я дитини/дітей, на кого виплачуються аліменти:	Сума виплати	Як часто платиться? (Щотижня/щомісяця, інше)
		\$	
		\$	

11. ВИТРАТИ ДОМОГОСПОДАРСТВА

Чи Ви або хтось із тих, з ким Ви купуєте та готуєте їжу, є відповідальними за якісь домашні витрати? Так Ні

Якщо так, будь ласка, дайте відповідь на це питання. Якщо ні, перейдіть до наступного питання.

ЗАУВАЖТЕ: Не вводьте суми, виплачувані установами, які допомагають з оплатою за житло, такими, як HUD або Секція 8. Обігрів та охолодження, телефон, інші комунальні послуги та притулок для бездомних є фіксованими виплатами і Вам не потрібно вказувати фактичну суму оплати.

Тип витрат	Маєте витрати? (Будь ласка, оберіть одну відповідь)	Хто платить?	Сума оплати	Як часто отримуєте рахунки? (щотижня/щомісяця, інше)
Оренда чи позика на будинок	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		\$	
Податок на нерухомість та страхування (якщо отримуєте рахунки окремо від оренди або позики на будинок)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		\$	
Газ, електропостачання або інше паливо для обігріву або охолодження, таке, як дрова або пропан (якщо отримуєте рахунки окремо від оренди або позики на будинок)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Стационарний/мобільний телефон	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Витрати на притулок для бездомних	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Водопостачання, каналізація, вивіз сміття	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Чи хтось, хто не є членом Вашого домогосподарства, допомагає Вам оплачувати вищевказані витрати? (Будь ласка, оберіть одну відповідь) <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, будь ласка, заповніть.		Хто допомагає платити?	Скільки? \$	Як часто платиться?

Чи Ваше домогосподарство отримує або планує отримати виплату за Програмою допомоги оплати енергоносіїв для малозабезпечених родин (Low Income Home Energy Assistance Program [LIHEAP])? (Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні

12. МЕДИЧНІ ВИТРАТИ:

Чи є Ви або будь-хто, з ким Ви разом купуєте та готуєте їжу, людиною похилого віку (60 років або більше), або інвалідом, який має якісь медичні витрати, за які платить із власної кишені? Так Ні Якщо **так**, будь ласка, дайте відповідь на це питання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного питання.

Перерахуйте витрати, які, Ви передбачаєте, матимете в найближчому майбутньому.

Дозволеними медичними витратами є: (Позначте все, що стосується Вашої ситуації)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Медичні або стоматологічні послуги | <input type="checkbox"/> Стоматологічні протези, слухові апарати та протези | <input type="checkbox"/> Вартість транспортування (кількість миль або вартість перевезення) для отримання лікування або процедур |
| <input type="checkbox"/> Госпіталізація/амбулаторне лікування/медичний догляд | <input type="checkbox"/> Утримання доглядальниці(ка), необхідної(го) із-за віку, хвороби чи інвалідності | <input type="checkbox"/> Приписані окуляри та контактні лінзи |
| <input type="checkbox"/> Ліки, що продаються за рецептом | <input type="checkbox"/> Кількість та вартість харчування, наданого доглядальниці(ку) | <input type="checkbox"/> Приписані медичні товари та обладнання |
| <input type="checkbox"/> Внески на страхові поліси лікування або госпіталізації | <input type="checkbox"/> Приписані медикаменти, які продаються без рецепту | <input type="checkbox"/> Витрати на утримання службових тварин (їжа, ветеринарні послуги та ін.) |
| <input type="checkbox"/> Внески за програмою Medicare (частка витрат за програмою Medi-Cal та ін.) | | |

Ім'я особи похилого віку/ інваліда	Сума витрати	Як часто сплачується? (Щотижня/ щомісяця, інше)	Тип витрат (Ліки, що продаються за рецептом, стоматологічні протези, кількість харчування для доглядальниці(ка), інше)	Чи буде домогосподарству відшкодовано якісь медичні витрати? (Medi-Cal, страховою компанією, членом родини, ін.)
	\$			Якщо ТАК , то КИМ: Скільки: \$
	\$			Якщо ТАК , то КИМ: Скільки: \$
	\$			Якщо ТАК , то КИМ: Скільки: \$
	\$			Якщо ТАК , то КИМ: Скільки: \$

13. Чи хтось із тих, хто подає заяву на отримання допомоги, включаючи Вас, отримує продукти харчування з нижченаведених джерел?

(Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні Якщо **так**, будь ласка, дайте відповідь на це питання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного питання.

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| • Комунальний заклад громадського харчування для людей похилого віку/інвалідів | • Програма розподілу продуктів харчування, запроваджена резервацією корінних американців | • Інша програма продуктової допомоги |
|--|--|--------------------------------------|

Якщо ТАК , то ХТО?	ДЕ?
Якщо ТАК , то ХТО?	ДЕ?

14. Чи хтось із осіб, які подають заяву на отримання допомоги, проживає в одному з наступних місць? (Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні Якщо **так**, будь ласка, дайте відповідь на це питання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного питання.

- | | |
|---|--|
| • Притулку для бездомних | • Місці групового проживання для сліпих/інвалідів |
| • Притулку для жінок-жертв домашнього насильства | • Федерально субсидованому житлі |
| • Резервації корінних американців | • Психіатричний лікарні/будинку для душевнохворих |
| • Реабілітаційному центрі для осіб, які страждають на алкогольну чи наркотичну залежність | • Лікарні |
| • Виправничо-трудова колонія/місці позбавлення волі (тюрмі або слідчому ізоляторі) | • Центрі довгострокового медичного догляду або будинку для осіб похилого віку та інвалідів |

Ім'я особи	Назва закладу (центр, притулок, установа, інше)	Очікувана дата звільнення (якщо стосується даного випадку)

15. Чи є Ви, або хтось, хто проживає з Вами, особою, якій 60 років або більше і яка є неспроможною купувати продукти та готувати їжу окремо через інвалідність? (Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні

Якщо **ТАК**, то ХТО?

16. РЕСУРСИ ДОМОГОСПОДАРСТВА

Чи маєте Ви або будь-хто, з ким Ви разом купуєте та готуєте їжу, якісь ресурси (готівку, гроші в банку, депозитний сертифікат, акції та облігації, інше)? Так Ні Якщо **так**, будь ласка, дайте відповідь на це питання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного питання.

Позначте все, що стосується Вашої ситуації:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Рахунок у банку/кредитній спілці (поточний) | <input type="checkbox"/> Ощадні облігації | <input type="checkbox"/> Готівка на руках |
| <input type="checkbox"/> Рахунок у банку/кредитній спілці (зберігальний) | <input type="checkbox"/> Рахунок грошового ринку | <input type="checkbox"/> Акції |
| <input type="checkbox"/> Сейф у банку | <input type="checkbox"/> Пайові інвестиційні фонди | <input type="checkbox"/> Облігації |
| | <input type="checkbox"/> Депозитний сертифікат (Certificate of Deposit [CD]) | <input type="checkbox"/> Інше: _____ |

Якщо рахунок є спільним з іншою особою, будь ласка, вкажіть це нижче.

Нижче надайте інформацію про кожне джерело надходження, позначене вище.

На чіє ім'я записано дане джерело надходження?	Тип джерела надходження?	Скільки воно варте?	Де знаходиться це джерело надходження? (Вкажіть назву банку або компанії, де знаходяться кошти)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Чи протягом останніх трьох місяців Ви або хтось із Вашого домогосподарства продали, обміняли, віддали або передали джерело надходження? (Будь ласка, оберіть одну відповідь) Так Ні

17. ПОДВІЙНІ ВИПЛАТИ ДОПОМОГИ

Чи були Ви або хтось із членів Вашого домогосподарства визнані винним(и) в отриманні подвійних виплат SNAP (федеральна назва програми допомоги з продуктами харчування, відома в Каліфорнії як CalFresh) методом шахрайства у будь-якому штаті після 22 вересня 1996 року? (Будь ласка, оберіть одну відповідь)

Так Ні

Якщо **так**, то кого? _____

18. НЕЗАКОННА ПЕРЕДАЧА (ОБМІН АБО ПРОДАЖ) КОШТІВ ДОПОМОГИ

Чи було Вас або когось із членів Вашого домогосподарства визнано винним(и) у незаконній передачі (обміні або продажу карток EBT іншим) коштів допомоги SNAP на суму \$500 чи більше після 22 вересня 1996 року? (Будь ласка, оберіть одну відповідь)

Так Ні

Якщо **так**, то кого? _____

19. ОБМІН КОШТІВ НА НАРКОТИКИ

Чи було Вас або когось із членів Вашого домогосподарства визнано винним(и) в обміні коштів SNAP на наркотики після 22 вересня 1996 року? (Будь ласка, оберіть одну відповідь)

Так Ні

Якщо **так**, то кого? _____

20. ОБМІН КОШТІВ НА ВОГНЕПАЛЬНУ ЗБРОЮ АБО ВИБУХІВКУ

Чи було Вас або когось із членів Вашого домогосподарства визнано винним(и) в обміні коштів SNAP на вогнепальну зброю, боєприпаси чи вибухівку після 22 вересня 1996 року? (Будь ласка, оберіть одну відповідь)

Так Ні

Якщо **так**, то кого? _____

21. ЗЛОЧИНЕЦЬ, ЯКИЙ УНИКАЄ ПРАВОСУДДЯ

Чи Ви або хтось із членів Вашого домогосподарства ховаєтесь або втікаєте від правосуддя, щоб уникнути покарання, арешту або перебування у слідчому ізоляторі за тяжкий кримінальний злочин або спробу скоєння тяжкого кримінального злочину? (Будь ласка, оберіть одну відповідь)

Так Ні

Якщо **так**, то кого? _____

22. ПОРУШЕННЯ УМОВ ДОСТРОКОВОГО/УМОВНОГО ЗВІЛЬНЕННЯ

Чи було визнано у судовому порядку, що Ви або хтось із членів Вашого домогосподарства порушили умови дострокового/умовного звільнення? (Будь ласка, оберіть одну відповідь)

Так Ні

Якщо **так**, то кого? _____

Місце для додаткових записів

Місце для додаткових записів

НЕ ЗАПОВНЮЙТЕ – ТІЛЬКИ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ОКРУГОМ**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