

НАДАННЯ ВІДОМОСТЕЙ ПРО ДОДАТКОВУ ОСОБУ

(додаткова заява для програми продовольчої допомоги CalFresh і прохання про грошову допомогу)

ІНСТРУКЦІЇ. Заповніть цю форму, щоб надати відомості про нового мешканця вашого будинку. Якщо вам потрібно більше місця для відповідей на запитання, вкладіть додатковий аркуш паперу. Дайте відповіді на всі запитання про пільги, які вам потрібні. Розміщені зліва від кожного запитання помітки CA (програма грошової допомоги) та CF (програма CalFresh) указують, якої програми воно стосується.**Якщо ви отримуєте грошову допомогу** та хочете отримувати допомогу для нового мешканця, цю форму має заповнювати повнолітній родич-доглядальник, який зараз отримує грошову допомогу, або новий мешканець, якщо це не дитина.**Для учасників програми CalFresh**, які не отримують грошову допомогу або не бажають отримувати її для нового мешканця, цю форму може заповнювати один із домочадців, уповноважений представник або сам новий мешканець.**ДРУКОВАНИМИ БУКВАМИ ВІД РУКИ**

CA ① Ім'я особи, яка заповнює форму (ім'я, по батькові, прізвище) CF		VERIFIED:		YES	NO
CA ② Укажіть нового мешканця (навіть новонародженого). CF		SSN			
ІМ'Я (Ім'я по батькові прізвище)		CF ID			
СТАТУС ГРОМАДЯНИНА (✓) <input type="checkbox"/> Громадянин/підданий США		Blind/Deaf/Disabled			
<input type="checkbox"/> Неградянин: Наявність спонсора <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ		Residency			
НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ		DFA 285-C Comp.			
ДАТА НАРОДЖЕННЯ		CW 25 Completed			
ВАГІТНІСТЬ <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ		QR 25 A Completed			
МАЄ ДІТЕЙ? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ		Referred to WTW			
МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (місто, регіон, країна)		Citizen			
СТАТЬ (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Eligible Non-citizen			
ОСВІТА (✓)		Sponsored			
<input type="checkbox"/> Атестат про повну середню освіту		SAVE			
<input type="checkbox"/> Сертифікат про загальноосвітню підготовку		Date of Entry to U.S. _____			
<input type="checkbox"/> Відвідує навчальний заклад		Excluded HH Member Code _____			
<input type="checkbox"/> Не відвідує навчальний заклад (поясніть):		Work/Training/WTW Code _____			
СІМЕЙНИЙ СТАН					
<input type="checkbox"/> У шлюбі <input type="checkbox"/> Не був(-ла) в шлюбі <input type="checkbox"/> Живе окремо					
<input type="checkbox"/> Розлучений(-на) <input type="checkbox"/> Цивільний шлюб <input type="checkbox"/> Вдівець/вдова					
Є РОДИЧЕМ ЗАЯВНИКА/ДОГЛЯДАЛЬНИКА/ГОЛОВИ ДОМОГОСПОДАРСТВА?					
Якщо «ТАК», поясніть нижче ваші відносини. <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ					
ТИП НЕОБХІДНОЇ ДОПОМОГИ (✓) <input type="checkbox"/> грошова допомога <input type="checkbox"/> CalFresh					
CA ③ Він/вона подавав(-ла) заявку чи отримував(-ла) допомогу в минулому, наприклад грошові виплати, допомогу бездомним, пільги за програмами CalFresh, Medi-Cal, грошову допомогу біженцям? Якщо «ТАК», поясніть. CF					
КОЛИ		ДЕ (округ, штат чи країна)		ТИП ПІЛЬГ	
CA ④ Це дитина віком до 19 років? Якщо «ТАК», заповніть поля нижче. CF				VERIFIED: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
ІМ'Я БАТЬКА/МАТЕРІ ЧИ РОДИЧА-ДОГЛЯДАЛЬНИКА (✓) Проживає в будинку		ІМ'Я ІНШОГО З БАТЬКІВ (✓) Проживає в будинку		Deprivation <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Причина, через яку батько/мати не проживає в будинку		Дитина потребує допомогу через проблеми з батьком/матір'ю (позначте все, що її стосується)			
<input type="checkbox"/> ТАК		<input type="checkbox"/> Відсутність			
<input type="checkbox"/> НІ		<input type="checkbox"/> Безробіття			
		<input type="checkbox"/> Непрацевдатність			
		<input type="checkbox"/> Смерть			
CA ⑤ Чи він/вона служили у збройних силах США? Чи дружина/чоловік, батько/мати чи дитина цієї особи була на військовій службі? Якщо «ТАК», поясніть. CF				CW 5 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
УКАЖІТЬ ІМ'Я, РІД ВІЙСЬК ТОЩО		ПОЧЕСНА ВІДСТАВКА		Date Initiated _____	
		<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ			
CA ⑥ Чи він/вона зараз проживають у Каліфорнії та збираються жити там надалі? Якщо «НІ», поясніть. CF					

CA CF	7	Чи живуть у вас діти, що перебувають на патронатному вихованні?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI	ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ 7A: <input type="checkbox"/> Request dependency order 7B: CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP 7C: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service	
	A.	Дитину направлено до вас на патронатне виховання за рішенням суду?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI		
	B.	Ви бажаєте, щоб дитина на патронатному вихованні та дохід за її виховання враховувалися під час розгляду справи CalFresh?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI		
	C.	Чи залучено дитину до плану медичного обслуговування?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI		
CA CF	8	A. Це особа віком 16 років чи старше, яка навчається в школі, коледжі чи на курсах? Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI	VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		НАЗВА ШКОЛИ/КОЛЕДЖУ/КУРСІВ ЯКЩО НАВЧАЄТЬСЯ, ПОЗНАЧТЕ (✓) ФОРМУ НАВЧАННЯ <input type="checkbox"/> Повне навантаження <input type="checkbox"/> Часткове навантаження <input type="checkbox"/> Інше (укажіть):	НАВЧАЛЬНИХ ОДИНИЦЬ/ГОДИН НА ТИЖДЕНЬ ПРАЦЮЄ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI		
CA CF		B. Заповніть поля нижче, якщо він/вона навчається в школі або в іншому навчальному закладі.			VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		ТЕРМІН <input type="checkbox"/> Семестр <input type="checkbox"/> Рік <input type="checkbox"/> Чверть	ОПЛАТА ЗА ЦЕЙ ТЕРМІН \$		
		ПОЇЗДКА В ОБИДВА БОКИ ДО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ АБО МІСЦЕ ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ (МИЛІ) ТРАНСПОРТНІ ВИТРАТИ НА ТИЖДЕНЬ \$	ВІДВІДУВАННЯ (ДНІВ НА ТИЖДЕНЬ) СУМА, ЯКУ СПЛАЧУЮТЬ СПІЛЬНИКИ ЗА ТРАНСПОРТ \$	ТРАНСПОРТ ГРОМАДСЬКИЙ ТРАНСПОРТ (АВТОБУС ТОЩО) ЗА ДЕНЬ \$	
CA CF	9	Вона/він припинив(-ла) отримувати грошову або продовольчу (CalFresh) допомогу на певний період або назавжди через відмову від співпраці під час аналізу контролю якості, санкції на роботі або навчанні, шахрайства із соцзабезпеченням чи умисне порушення правил програми? Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI		
		ПРИЧИНА	КОЛИ	ОКРУГ/ШТАТ	
CA CF	10	Чи серед ваших домашців є особа, яка переходить від правосуддя з метою уникнення судового процесу, арешту або ув'язнення у зв'язку з фактичним або можливим кримінальним злочином? Якщо «ТАК», укажіть ім'я цієї особи.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI		
CA CF	11	Чи суд коли-небудь визнавав ваших домашців винними в порушенні режиму умовного засудження чи умовно-дострокового звільнення? Якщо «ТАК», укажіть ім'я цієї особи.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI		
CF	12	Чи він/вона постійно купує продукти та готує їжу окремо від інших домашців?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
CF	13	Чи йдеться про особу віком 60 років або більше, яка через інвалідність не може самостійно купувати продукти та готувати страви?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
CF	14	Чи він/вона оплачує вам харчування та/або проживання?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI		
		ПОЗНАЧТЕ (✓) <input type="checkbox"/> Харчування <input type="checkbox"/> Проживання <input type="checkbox"/> Обидва варіанти	УКАЖІТЬ СУМУ \$	ЧАСТОТА ВИПЛАТ КІЛЬКІСТЬ ПРИЙОМІВ ЇЖИ НА ДОБУ	
CF	15	Чи він/вона отримує продовольчу допомогу за наведеними нижче програмами?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> HI	Household Elects BOARDER HH MEMBER ROOMER	
		<ul style="list-style-type: none"> Комунальний заклад громадського харчування для людей похилого віку або інвалідів Програма із продовольчого забезпечення на території індіанських резервацій Інша програма продовольчого забезпечення Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.			
		НАЗВА ПРОГРАМИ			

CA CF	16	Чи він/вона працює зараз або збирається працювати в майбутньому? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI Якщо «TAK», заповніть поля нижче. Додайте квитанцію про нарахування заробітної плати або інший доказ заробітку. Якщо робота ще не розпочалася, укажіть заплановану дату початку. (Примітка. Для підприємця: надайте список комерційних витрат на окремому аркуші паперу та додайте його до форми.)	ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ												
		ІМ'Я РОБОТОДАВЦЯ _____ ПІДПРИЄМЕЦЬ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI ПРОФЕСІЯ _____ ДНІВ/ГОДИН РОБОТИ НА МІСЯЦЬ _____	<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF Adult <input type="checkbox"/> CF Child CF S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No												
		ДАТИ НАРАХУВАННЯ _____ ЗАРПЛАТА ДО ВИРАХУВАНЬ \$ _____ за _____ ЧАЙОВІ АБО КОМІСІЙНІ <input type="checkbox"/> TAK Сума \$ _____ <input type="checkbox"/> NI	Verification(s) on file: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No												
Цей прибуток продовжить надходити? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI Якщо «NI», поясніть тут усі зміни.															
CA CF	17	А. Чи він/вона оплачує комусь догляд за дитиною, інвалідом чи іншим утриманцем, щоб ходити на роботу, навчання або шукати вакансію? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI Якщо «TAK», заповніть поля нижче.	Child Care Informing Given to Client: Trustline Informing (CCP 2) _____ Health & Safety Certification (CCP 5) _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dependent Care Eligible CA _____ CF _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No												
		ІМ'Я ОСОБИ, ЯКУ ДОГЛЯДАЮТЬ _____ ІМ'Я ДОГЛЯДАЛЬНИКА _____ ЩОМІСЯЧНА ОПЛАТА \$ _____													
		ІМ'Я ОСОБИ, ЯКУ ДОГЛЯДАЮТЬ _____ ІМ'Я ДОГЛЯДАЛЬНИКА _____ ЩОМІСЯЧНА ОПЛАТА \$ _____													
CA CF	B.	Чи хтось оплачує їй/йому витрати на догляд за дитиною? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI Сюди входить оплата витрат родичем, другом чи Департаментом освіти, студентська допомога, блочна субсидія, допомога за програмами Cal-Learn, TCC, NET, WTW, SCC, CAAP тощо. Якщо «TAK», заповніть поля нижче.													
		ІМ'Я ДИТИНИ _____ ПЛАТНИК _____ ЩОМІСЯЧНА ОПЛАТА \$ _____													
		ІМ'Я ДИТИНИ _____ ПЛАТНИК _____ ЩОМІСЯЧНА ОПЛАТА \$ _____													
CA CF	18	Чи він/вона припиняли чи відмовлялися працювати або навчатися протягом останніх 60 днів? Якщо «TAK», заповніть поля нижче. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">YES</td> <td style="width:10%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Emp. Statement</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Good Cause Determ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Voluntary Quit</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		YES	NO	Emp. Statement			Good Cause Determ			Voluntary Quit		
	YES	NO													
Emp. Statement															
Good Cause Determ															
Voluntary Quit															
		НАЗВА ТА АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ/КУРСІВ _____ Чи ця особа отримує або очікує отримати заробітну плату чи допомогу цього місяця? Якщо «TAK», заповніть поля нижче. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI													
		ОСТАННІЙ ОТРИМАНИЙ ЧЕК (ДАТА) _____ СУМА ДО ВИРАХУВАНЬ \$ _____													
		ОЧІКУВАНИЙ ЧЕК (ДАТА) _____ СУМА ДО ВИРАХУВАНЬ \$ _____	<input type="checkbox"/> CA: 30 days <input type="checkbox"/> CF: 60 days												
		КІЛЬКІСТЬ ГОДИН РОБОТИ/НАВЧАННЯ _____ ОСТАННІЙ ДЕНЬ РОБОТИ/НАВЧАННЯ _____ ЧАЙОВІ АБО КОМІСІЙНІ <input type="checkbox"/> TAK Сума \$ _____ <input type="checkbox"/> NI													
		Минулого місяця _____ ПРИЧИНА ПРИПИНЕННЯ РОБОТИ/НАВЧАННЯ _____ Цього місяця _____													
CA CF	19	Чи він/вона бере участь у страйку? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI Якщо «TAK», заповніть поля нижче.	Striker Regs Apply CA _____ CF _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No												
		НАЗВА ТА АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ/КУРСІВ _____ НАЗВА СПІЛКИ _____													
		_____ ДАТА ПОЧАТКУ СТРАЙКУ _____													
		_____ ВАЛОВИЙ МІСЯЧНИЙ ДОХІД НА ЦІЙ РОБОТІ ДО ПОЧАТКУ СТРАЙКУ \$ _____													
CF	20	Чи він/вона виплачує аліменти на дитину або допомогу для чоловіка/дружини? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI Якщо «TAK», заповніть поля нижче.	Court Order on File <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount Ordered \$ _____												
		ІМ'Я ДИТИНИ АБО ЧОЛОВІКА/ДРУЖИНИ _____ ЩОМІСЯЧНА СУМА \$ _____ ЗА РІШЕННЯМ СУДУ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI													
CA CF	21	Чи він/вона подавав(-ла) заявку чи отримував(-ла) іншу допомогу за останні 12 місяців, наприклад соціальне забезпечення, страховку з безробіття/інвалідності, грошову допомогу, аліменти на дитину або допомогу від чоловіка/дружини, пільги ветеранів війни, безкоштовне проживання, безкоштовні комунальні послуги тощо? Якщо «TAK», заповніть поля нижче. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI													
		ВИД ДОПОМОГИ _____ СУМА \$ _____ ДАТА ПОДАВАННЯ ЗАЯВКИ _____ ДЕ (ОКРУГ/ШТАТ) _____ ДАТА ОСТАНЬОГО ОТРИМАННЯ _____ ЧАСТОТА ВИПЛАТ (щотижнево, щомісячно тощо) _____ ОЧІКУВАНА ДАТА ПОЧАТКУ ТА ПРИПИНЕННЯ _____	<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt CA _____ CF _____ ПОЧАТОК: _____ ПРИПИНЕННЯ: _____												
Цей прибуток продовжить надходити? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI Якщо «NI», поясніть тут усі зміни.															

CA CF	22	Чи він/вона володіє або збирається купувати нерухомість, зокрема земельну ділянку чи будинок будь-де, включно з регіонами за межами США? Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI	ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ Home Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other Real Property Market Value \$ _____ Amount Owed \$ _____ Net Value \$ _____ Lien Applicable <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">ТИП (ДІЛЯНКА, БУДИНОК, КВАРТИРА ТОЩО)</th> <th style="width:20%;">ПРИЗНАЧЕННЯ (ПРОЖИВАННЯ, ОРЕНДА ТОЩО)</th> <th style="width:30%;">АДРЕСА АБО МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ</th> <th style="width:10%;">ПРИБЛИЗНА ВАРТІСТЬ</th> <th style="width:10%;">СУМА ЗАБОРГОВАНOSTI</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	ТИП (ДІЛЯНКА, БУДИНОК, КВАРТИРА ТОЩО)	ПРИЗНАЧЕННЯ (ПРОЖИВАННЯ, ОРЕНДА ТОЩО)	АДРЕСА АБО МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ	ПРИБЛИЗНА ВАРТІСТЬ	СУМА ЗАБОРГОВАНOSTI				\$	\$															
ТИП (ДІЛЯНКА, БУДИНОК, КВАРТИРА ТОЩО)	ПРИЗНАЧЕННЯ (ПРОЖИВАННЯ, ОРЕНДА ТОЩО)	АДРЕСА АБО МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ	ПРИБЛИЗНА ВАРТІСТЬ	СУМА ЗАБОРГОВАНOSTI																							
			\$	\$																							
CA CF	23	А. Чи він/вона має будь-який із перелічених нижче ресурсів? Якщо «ТАК», позначте (✓) кожне поле та поясніть нижче.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">РЕСУРСИ</th> <th style="width:10%;">ТАК</th> <th style="width:10%;">NI</th> <th style="width:20%;">РЕСУРСИ</th> <th style="width:10%;">ТАК</th> <th style="width:10%;">NI</th> </tr> <tr> <td>Чеки та готівка (вдома чи в іншому місці)</td> <td> </td> <td> </td> <td>Частка у трастових фондах</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Поточний або ощадний рахунок чи рахунок у кредитній спілці</td> <td> </td> <td> </td> <td>Акції, облігації, сертифікати, IRA, пенсійні фонди</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Векселі, заставні, довірності, договори купівлі-продажу</td> <td> </td> <td> </td> <td>Інше (перелічіть нижче)</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	РЕСУРСИ	ТАК	NI	РЕСУРСИ	ТАК	NI	Чеки та готівка (вдома чи в іншому місці)			Частка у трастових фондах			Поточний або ощадний рахунок чи рахунок у кредитній спілці			Акції, облігації, сертифікати, IRA, пенсійні фонди			Векселі, заставні, довірності, договори купівлі-продажу			Інше (перелічіть нижче)			
РЕСУРСИ	ТАК	NI	РЕСУРСИ	ТАК	NI																						
Чеки та готівка (вдома чи в іншому місці)			Частка у трастових фондах																								
Поточний або ощадний рахунок чи рахунок у кредитній спілці			Акції, облігації, сертифікати, IRA, пенсійні фонди																								
Векселі, заставні, довірності, договори купівлі-продажу			Інше (перелічіть нижче)																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">ТИП РЕСУРСУ</th> <th style="width:15%;">ВЛАСНИК</th> <th style="width:15%;">НОМЕР РАХУНКУ/ПОЛІСА</th> <th style="width:30%;">НАЗВА ТА АДРЕСА БАНКУ ТОЩО</th> <th style="width:10%;">ПОТОЧНА СУМА</th> <th style="width:15%;">(✓) if Exempt</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td>CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td>CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ТИП РЕСУРСУ	ВЛАСНИК	НОМЕР РАХУНКУ/ПОЛІСА	НАЗВА ТА АДРЕСА БАНКУ ТОЩО	ПОТОЧНА СУМА	(✓) if Exempt					\$	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>					\$	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>							
ТИП РЕСУРСУ	ВЛАСНИК	НОМЕР РАХУНКУ/ПОЛІСА	НАЗВА ТА АДРЕСА БАНКУ ТОЩО	ПОТОЧНА СУМА	(✓) if Exempt																						
				\$	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>																						
				\$	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>																						
CA CF		В. Чи він/вона отримує прибуток із перелічених ресурсів, зокрема відсотки, дивіденди тощо? Якщо «ТАК», укажіть та поясніть нижче.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:40%;">ДЖЕРЕЛО НАДХОДЖЕННЯ КОШТІВ</th> <th style="width:20%;">УКАЖІТЬ СУМУ</th> <th style="width:40%;">ЧАСТОТА ВИПЛАТ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	ДЖЕРЕЛО НАДХОДЖЕННЯ КОШТІВ	УКАЖІТЬ СУМУ	ЧАСТОТА ВИПЛАТ		\$			\$																	
ДЖЕРЕЛО НАДХОДЖЕННЯ КОШТІВ	УКАЖІТЬ СУМУ	ЧАСТОТА ВИПЛАТ																									
	\$																										
	\$																										
CA CF	24	Чи він/вона володіє, бере в оренду або користується транспортним засобом, наприклад автомобілем, вантажівкою, човном, причепом, фургоном, пересувним будинком, позашляховиком (всюдихід), мотоциклом, гідроциклом, водним мотоциклом тощо? Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI	<input checked="" type="checkbox"/> If Exempt Leased <input type="checkbox"/> Vehicle Valuation <input type="checkbox"/> Exempt <input type="checkbox"/> Leased																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">ІМ'Я ВЛАСНИКА, ЯКЩО ПОЗНАЧЕНО ОРЕНДУ (✓)</th> <th style="width:15%;">ЯК ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ</th> <th style="width:15%;">РІК ВИПУСКУ, МАРКА, МОДЕЛЬ</th> <th style="width:15%;">ДЕРЖАВНИЙ НОМЕ ТА ШТАТ РЕЄСТРАЦІЇ</th> <th style="width:10%;">МАЄ ПРАВА (✓)</th> <th style="width:10%;">ПРИБЛИЗНА ВАРТІСТЬ</th> <th style="width:10%;">ЗАЛИШОК БОРГУ</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Оренда</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI</td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	ІМ'Я ВЛАСНИКА, ЯКЩО ПОЗНАЧЕНО ОРЕНДУ (✓)	ЯК ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ	РІК ВИПУСКУ, МАРКА, МОДЕЛЬ	ДЕРЖАВНИЙ НОМЕ ТА ШТАТ РЕЄСТРАЦІЇ	МАЄ ПРАВА (✓)	ПРИБЛИЗНА ВАРТІСТЬ	ЗАЛИШОК БОРГУ	<input type="checkbox"/> Оренда				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI	\$	\$											
ІМ'Я ВЛАСНИКА, ЯКЩО ПОЗНАЧЕНО ОРЕНДУ (✓)	ЯК ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ	РІК ВИПУСКУ, МАРКА, МОДЕЛЬ	ДЕРЖАВНИЙ НОМЕ ТА ШТАТ РЕЄСТРАЦІЇ	МАЄ ПРАВА (✓)	ПРИБЛИЗНА ВАРТІСТЬ	ЗАЛИШОК БОРГУ																					
<input type="checkbox"/> Оренда				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI	\$	\$																					
CA CF	25	Чи він/вона володіє або користується особистою власністю, купівельна ціна або поточна вартість якої становить принаймні \$100 за кожну одиницю, зокрема ювелірними виробами, обладнанням, інструментами, тваринами тощо? Не вказуйте одяг, весільні обручки, килими, меблі, побутові прилади та інші домашні речі. Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI	<input type="checkbox"/> Owned Jointly <input type="checkbox"/> Owned Separately Net Market Value \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">ВЛАСНИК</th> <th style="width:30%;">НАЗВА ПРЕДМЕТА</th> <th style="width:15%;">ДАТА ПРИДБАННЯ</th> <th style="width:15%;">КУПІВЕЛЬНА ЦІНА АБО ПОТОЧНА ВАРТІСТЬ</th> <th style="width:20%;">ЗАЛИШОК БОРГУ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	ВЛАСНИК	НАЗВА ПРЕДМЕТА	ДАТА ПРИДБАННЯ	КУПІВЕЛЬНА ЦІНА АБО ПОТОЧНА ВАРТІСТЬ	ЗАЛИШОК БОРГУ				\$	\$				\$	\$										
ВЛАСНИК	НАЗВА ПРЕДМЕТА	ДАТА ПРИДБАННЯ	КУПІВЕЛЬНА ЦІНА АБО ПОТОЧНА ВАРТІСТЬ	ЗАЛИШОК БОРГУ																							
			\$	\$																							
			\$	\$																							
CA CF	26	Чи він/вона продавали, передавали або віддавали нерухомість чи особисту власність упродовж останніх 2 років (для грошової допомоги) та впродовж останніх 3 місяців (для CalFresh)? Якщо «ТАК», поясніть нижче.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI	Closed Bank Accounts: <input type="checkbox"/> CalFresh in last 3 months																							
CA CF	27	Чи він/вона має будь-яку з перелічених нижче страховок, зокрема страхування життя чи працездатності, ритуальне або іпотечне страхування? Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI	Total CSV (1) _____ (2) _____ Total Countable Property: Items 22-27 CA \$ _____ CF \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">НАЗВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ</th> <th style="width:20%;">НОМЕР ПОЛІСА</th> <th style="width:20%;">ПЛАТНИК СТРАХОВОГО ВНЕСКУ (ІМ'Я)</th> <th style="width:35%;">ВИПЛАЧУВАНА СУМА</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	НАЗВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ	НОМЕР ПОЛІСА	ПЛАТНИК СТРАХОВОГО ВНЕСКУ (ІМ'Я)	ВИПЛАЧУВАНА СУМА				\$																	
НАЗВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ	НОМЕР ПОЛІСА	ПЛАТНИК СТРАХОВОГО ВНЕСКУ (ІМ'Я)	ВИПЛАЧУВАНА СУМА																								
			\$																								
CA CF	28	Чи він/вона має медичну чи лікарняну страховку, включно зі страхуванням, яке оплачує роботодавець або відсутній батько/мати, зокрема Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, Medicare тощо? Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI	<input type="checkbox"/> Health Care Options Explanation Given Referral _____ NA _____ <input type="checkbox"/> DHS 6155 <input type="checkbox"/> DFA 285-C Medicare Gross Premium \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">НАЗВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ</th> <th style="width:20%;">ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ СТРАХОВКИ</th> <th style="width:20%;">СУМА СТРАХОВОГО ВНЕСКУ</th> <th style="width:35%;">ЧАСТОТА ВИПЛАТ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	НАЗВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ	ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ СТРАХОВКИ	СУМА СТРАХОВОГО ВНЕСКУ	ЧАСТОТА ВИПЛАТ			\$																		
НАЗВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ	ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ СТРАХОВКИ	СУМА СТРАХОВОГО ВНЕСКУ	ЧАСТОТА ВИПЛАТ																								
		\$																									

CA 29 Чи він/вона отримувал(ла) медичне лікування або обстеження за вагітністю цього місяця або впродовж попередніх трьох місяців? ТАК НІ
Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.

ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ

Retro Medi-Cal
Requested Yes No
Approved Yes No

ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ОТРИМАЛА ЛІКУВАННЯ	МІСЯЦІ ДОПОМОГИ	ЧИ ЗДІЙСНЮВАЛАСЯ ОПЛАТА ЛІКУВАННЯ?		ЧИ ПОТРІБНА ДОПОМОГА MEDI-CAL ЗА ЦІ МІСЯЦІ?	
		ТАК	НІ	ТАК	НІ

CA 30 Чи він/вона має медичну страховку від наявного або відсутнього батька/матері чи роботодавця, яка не використовувалася? ТАК НІ
Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.

DHS 6155

НАЗВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ	СУМА СТРАХОВОГО ВНЕСКУ	ЧАСТОТА ВИПЛАТ
	\$	
	\$	

CA 31 Чи він/вона має фізичні вади через травму чи нещасний випадок, що не дають можливість працювати або задовольняти свої потреби? ТАК НІ
Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.

VERIFIED:
Higher/Lower MAP Yes No
Special Need Yes No
 DFA 285-C

ТИП ВАДИ	ДАТА ВИНИКНЕННЯ	ОЧІКУВАНА ДАТА ВИДУЖАННЯ

CA 32 A. Чи стан його/її здоров'я передбачає щось із наведеного нижче? ТАК НІ
CF Позначте (✓) кожен пункт у полі «ТАК» або «НІ».

CA Special Need Yes No
Amount \$ _____
VERIFIED:
CA Yes No
CF Yes No
 DFA 285-C

	ТАК	НІ		ТАК	НІ
Спеціальна дієта, яку приписав лікар			Надмірне використання комунальних послуг		
Спеціальні умови транспортування			Особливі послуги прання		
Спеціальний телефон або інше обладнання			Інше (укажіть):		
Хатня робота (ніхто з домочадців не може це робити)					

Якщо «ТАК», поясніть:

CA B. Чи він/вона отримує послуги з догляду в домашніх умовах (IHSS)? ТАК НІ
CF Якщо «ТАК», укажіть суму, яка витрачається щомісяця.
\$ _____

DFA 285-C

CA 33 Доступні наведені нижче послуги. Відповіді на ці запитання про себе або домочадців не вплинуть на право участі у програмі. Позначте (✓) кожен пункт у полі «ТАК» або «НІ».		
	ТАК	НІ
A. Члени вашої сім'ї, які беруть участь у Програмі запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP) та які не досягли 21-річного віку, можуть скористатися можливістю регулярно проходити медичні обстеження для збереження власного здоров'я. • Бажаєте більше дізнатися про послуги, що надаються в рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP)? • Чи потрібні вам медичні послуги в рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP)? • Чи потрібні вам послуги дантиста в рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP)? • Чи потрібна вам допомога під час записування на прийом до лікаря або в переміщенні до пунктів надання допомоги в рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP)?		
B. Якщо хтось із домочадців вагітний, ми можемо запропонувати вам допомогу в пошуках лікаря, забезпеченні здорового харчування тощо. Чи бажаєте ви поспілкуватися з фахівцем стосовно отримання допомоги?		
C. Чи хтось із домочадців годує дитину груддю? Якщо «ТАК», чи народилася дитина впродовж останніх 12 місяців? Якщо на запитання 33 В або С ви відповіли «ТАК», ви маєте право на отримання послуг у рамках Спеціальної програми допомоги голодуючим жінкам, дітям і немовлятам (WIC).		
D. Вам чи членам вашої родини потрібні послуги із сімейного планування, які надаються безкоштовно або за зниженою ціною? Якщо «ТАК», зверніться до свого лікаря або до фахівця, який складав ваш план медичного обслуговування. Або для отримання інформації про роботу та розташування медичних закладів із конфіденційного планування сім'ї зверніться за номером телефону 1-800-942-1054 (безкоштовно).		

CHDP Brochure and Explanation Given
Date: _____
 Referral

 Pregnant
 Parent or Guardian of child under 5

 Breastfeeding
 Postpartum

 WIC referral

 Family Planning Information Given
 Referred Date _____

СЕРТИФІКАЦІЯ

Я усвідомлюю, що:

- Усі надані мною факти, включно з розміром допомоги та доходу, будуть звірятися з відповідними місцевими та федеральними даними та зі звітами штату. Сюди відносяться відомості про роботодавця, соціальне страхування, податки, соціальне забезпечення та допомогу з безробіття, навчальний заклад тощо. Для програм грошової та продовольчої (CalFresh) допомоги дані будуть перевірятися в органах правопорядку стосовно виданих ордерів на арешт.
- Усі надані мною факти, включно з розміром пільг і доходу, можуть переглядатися та перевірятися персоналом округу, штату або федеральними працівниками. Якщо я надам неправильні дані, мені можуть відмовити в наданні грошової, продовольчої (CalFresh) та медичної (Medi-Cal) допомоги, або припинити участь у програмі.
- Мій випадок може бути вибраний для перегляду з метою пересвідчитися в правомірності надання допомоги. Я маю повністю співпрацювати з персоналом округу, штату або федеральними працівниками під час розслідування або перегляду, а також під час аналізу контролю якості.
- Округ надсилатиме дані до Служби імміграції та громадянства США (USCIS), щоб перевірити статус іммігранта, і дані, отримані від служби USCIS, можуть вплинути на моє право отримувати грошову, продовольчу (CalFresh) та повну медичну (Medi-Cal) допомогу. Але якщо я подаю заяву лише на медичну допомогу Medi-Cal ТА якщо я не є (а) іноземцем, який постійно проживає в країні на законних підставах (LPR), (б) амністованим іноземцем із дійсним або поточним документом I-688 або (в) іноземцем, який постійно проживає у Сполучених Штатах із видимістю законного права (PRUCOL), округ не надсилатиме дані у службу USCIS.
- Я маю подати заяву на отримання доступного медичного обслуговування та зберігати його, якщо це не вимагає витрат. Якщо я цього не зроблю, мені буде відмовлено в наданні допомоги Medi-Cal, або її надання буде припинено.
- Я або члени моєї сім'ї повинні будуть повернути всю грошову допомогу, яку не повинні були отримати.
- Від сімей, які отримують допомогу CalFresh, будь-якого члена такої сім'ї (навіть якщо він/вона переїхали), спонсора члена домогосподарства (негромадянина) або вповноваженого представника резидентів у відповідних установах може вимагатися повернути всю допомогу, які сім'я не повинна була отримати.
- Грошову або продовольчу (CalFresh) допомогу не може отримати член моєї сім'ї, який переховується від правосуддя, щоб уникнути судового розгляду, взяття під варту або тюремного ув'язнення за скоєння кримінального злочину чи спробу скоєння такого, або який був визнаний судом загальної юрисдикції винним у порушенні режиму умовного засудження чи умовно-дострокового звільнення.
- Для отримання грошової допомоги працівники округу вимагатимуть від мене та деяких членів домогосподарства надати відбитки пальців і фотографії. У разі відмови від співпраці в наданні допомоги може бути відмовлено, або її надання може бути припинено.

Я також усвідомлюю, що:

Мене буде позбавлено права, або до мене будуть застосовані штрафні санкції за шахрайство із соціальним забезпеченням, якщо я свідомо надаватиму неправдиву інформацію або не надам усю інформацію, яка впливає на моє право отримувати грошову, продовольчу (CalFresh) і медичну (Medi-Cal) допомогу.

Для грошової допомоги:

- Свідоме невиконання правил надання грошової допомоги може призвести до накладання штрафу розміром до \$10,000 та/або тюремного ув'язнення на строк до 3 років. Виплата грошової допомоги може бути призупинена з таких причин:
 - За надання неправдивих даних або неповної інформації: на 6 місяців за перше порушення, на 12 місяців – за друге та довічно – за третє. Для програми грошової допомоги біженцям: на 3 місяці за перше порушення та на 6 місяців за подальші порушення.
 - За подання однієї або кількох заяв для одночасного отримання допомоги за кількома справами: на 2 роки за перше засудження, на 4 роки – за друге й довічно – за третє.
 - Засудження за злочин для отримання допомоги: призупинення програми на 2 роки за крадіжку в розмірі до \$2,000; на 5 років за суму від \$2,000 до \$4,999,99; довічно за суму понад \$5,000.
 - За надання працівникам округу фальсифікованих документів, які підтверджують місце проживання, з метою отримання допомоги у двох чи більше округах або штатах одночасно; за свідоме надання працівникам округу недостовірних даних про дитину, що не має права на пільги, або якої не існує взагалі; за отримання шляхом шахрайства грошових пільг на загальну суму понад \$10,000; за третє обвинувачення в шахрайстві, за яким вина доведена в суді або на адміністративних слуханнях участь у програмі припиняється назавжди.

Для програми CalFresh

- Якщо я свідомо не виконую правила програми CalFresh, надання допомоги за цієї програмою буде припинено на період 12 місяців за перше порушення, 24 місяці – за друге та довічно – за третє. Штрафні санкції можуть сягати \$250,000 та/або ув'язнення можу тривати до 20 років.
- Якщо судом загальної юрисдикції буде визнано мою вину у таких злочинах:
 - Я продавав(-ла) або обмінював(-ла) пільги за програмою CalFresh на вогнепальну зброю, боєприпаси чи вибухові речовини. Надання цих пільг може призупинятися назавжди вже після першого порушення.
 - Я продавав(-ла) або обмінював(-ла) пільги за програмою CalFresh на речовини, обіг яких контролюється законом. Надання цих пільг може призупинятися на строк 24 місяців і назавжди – після другого порушення.
 - Якщо я продавав(-ла) або обмінював(-ла) пільги за програмою CalFresh на суму понад \$500, надання допомоги припиняється назавжди.
 - Я одночасно подав(-ла) дві або більше заяв на пільги за програмою CalFresh і надав(-ла) округу неправдиву особисту інформацію чи дані про місце проживання. Надання допомоги може бути припинено строком на 10 років.

Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих відомостей згідно із законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я стверджую, що дані в цій заяві повні та правдиві.

ПІДПИС (ОДИН ІЗ БАТЬКІВ АБО РОДИЧ-ДОГЛЯДАЛЬНИК, ЗАЯВНИК ПРОГРАМИ MEDI-CAL, ПОВНОЛІТНІЙ ЧЛЕН ДОМОГОСПОДАРСТВА, ЩО ОТРИМУЄ ДОПОМОГУ CALFRESH, АБО ВПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК ТАКОГО ДОМОГОСПОДАРСТВА)

ПІДПИС (ІНШИЙ ІЗ БАТЬКІВ, ЩО ЖИВЕ В БУДИНКУ, ЯКЩО ПОДАЄТЬСЯ ЗАЯВКА НА ГРОШОВУ ДОПОМОГУ)

ДАТА

ПІДПИС СВІДКА, ПЕРЕКЛАДАЧА АБО ОСОБИ, ЯКА ДІЄ ВІД ІМЕНІ ЗАЯВНИКА/ОДЕРЖУВАЧА ДОПОМОГИ

ДАТА