

SAR 7: ЗВІТ ПРО СТАН ВІДПОВІДНОСТІ



ЗВІТНИЙ МІСЯЦЬ _____

ЩОБ ЗАБЕЗПЕЧИТИ ВЧАСНЕ НАДХОДЖЕННЯ ПІЛЪГ, ПІДПИШИТЬ ФОРМУ ПІСЛЯ 01 _____ МІСЯЦЬ РОЗГЛЯДУ І НАДІШЛІТЬ ЇЇ ДО 05 _____ МІСЯЦЬ РОЗГЛЯДУ

УКАЗАТИ ТУТ НОМЕР СПРАВИ _____

ПОТРІБНА ДОПОМОГА? (County Specific instructions w/county url)

Прізвище та ім'я працівника: _____

(DIST. ID HERE)

Номер телефону працівника: _____

Округ: _____

Адреса проживання: _____

Місто, штат, поштовий індекс _____

Штриховий код: _____

Установіть відповідний прапорець, якщо бажаєте **ЗУПИНИТИ** отримання зазначених нижче пільг.

- ЗУПИНИТИ** надання пільг за програмою CalWORKs
 ЗУПИНИТИ надання пільг за програмою CalFresh
 ЗУПИНИТИ надання пільг за програмою Medi-Cal

1. Чи з часу надсилання минулого звіту змінився склад осіб, які проживають на території вашого домогосподарства (включаючи новонароджених дітей)? Так Ні (якщо відповідь позитивна, заповніть розділ нижче)

Дата переїзду (дд.мм.рр)	Прізвище та ім'я (П.І.Б)	Дата народження	Стосунки з вами	Чи ви регулярно робите покупки та готуєте їжу разом із цією особою?
<input type="checkbox"/> (поселення) <input type="checkbox"/> (виселення) / /		/ /		<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ
<input type="checkbox"/> (поселення) <input type="checkbox"/> (виселення) / /		/ /		<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ
<input type="checkbox"/> (поселення) <input type="checkbox"/> (виселення) / /		/ /		<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ

2. Чи змінилась адреса проживання з часу надсилання минулого звіту? Так Ні (якщо відповідь позитивна, заповніть розділ нижче)

Нова адреса: _____ Дата переїзду: _____

Поштова адреса (якщо відрізняється від зазначеної вище): _____

3. Заповніть розділ нижче, якщо адреса проживання змінилася з часу надсилання минулого звіту.

Яку суму зараз становить орендна плата або іпотека (з розрахунку на місяць)? _____ \$ У разі здійснення окремої оплати вкажіть суму, яку ви щомісяця сплачуєте за податки на нерухомість і страхування житла. _____ \$

Чи наявні комунальні послуги, оплату яких не включено в орендну плату або іпотечні платежі? Якщо відповідь – «Так», установіть прапорець біля відповідних пунктів.

Телефон Вивіз сміття Вода Електрика/газ Інші витрати на опалення або кондиціонування

4. Стосується лише програми CalWORKs: чи на території вашого домогосподарства проживає людина, яка

A. переховується через наявність дійсного ордеру на арешт?

B. визнана судом як така, що порушила умови випробного терміну або умовно-дострокового звільнення?

Так Ні (якщо відповідь позитивна, заповніть розділ нижче)

Прізвище та ім'я особи	Варіант відповіді «А» або «В» вище	У якому штаті видано ордер на арешт або зафіксовано правопорушення?	Дата видачі ордеру на арешт або фіксування правопорушення

5. Витрати на медичне обслуговування: якщо зросли витрати непрацездатного члена сім'ї або такого, якому виповнилося понад 60 років і який отримує пільги за програмою CalFresh, заповніть розділ нижче та прикріпіть відповідне підтвердження (ідеться про витрати на медичне обслуговування).

Якої особи стосуються зміни? _____ Сума збільшення витрат _____ \$

6. Аліменти на дитину: чи з часу надсилання минулого звіту змінилася сума аліментів на дитину, що потрібно платити особі, яка отримує пільги за програмою CalFresh? Так Ні (якщо відповідь позитивна, заповніть розділ нижче і прикріпіть відповідне підтвердження).

Яку суму було сплачено протягом звітного місяця? _____ \$

Хто здійснив оплату? _____

7. Догляд за особою, яка перебуває на утриманні: якщо з часу надсилання минулого звіту зросли витрати члена сім'ї, який отримує пільги за програмою CalFresh і працює, шукає роботу або навчається, заповніть розділ нижче і прикріпіть підтвердження (ідеться про готівкові витрати на догляд за особою, яка перебуває на утриманні).

Яку суму витрат було сплачено готівкою протягом звітного місяця? _____ \$

Хто здійснив оплату? _____ Перелік осіб, які перебувають на утриманні: _____

8. Чи хтось із вашої сім'ї отримував, купував, продавав, обмінював чи віддавав майно, земельні ділянки, будинки, автомобілі, банківські рахунки, гроші, платежі (наприклад, виграші в лотерею або казино, допомога від фонду соціального захисту) або інші об'єкти власності з часу надсилання минулого звіту?

Так Ні (Якщо відповідь позитивна, заповніть розділ нижче та прикріпіть підтвердження. Якщо недостатньо місця, прикріпіть окремий аркуш.)

Укажіть особу	Тип власності	Дата здійснення операції	Сума/вартість	<input type="checkbox"/> Придбано <input type="checkbox"/> Продано <input type="checkbox"/> Подаровано <input type="checkbox"/> Витрачено
				<input type="checkbox"/> Отримано як подарунок <input type="checkbox"/> Обмінено <input type="checkbox"/> Виграно <input type="checkbox"/> Інше

9. Чи протягом звітного місяця отримував хтось із сім'ї дохід як працевлаштована особа? Так Ні (Якщо відповідь позитивна, заповніть розділ нижче і прикріпіть підтвердження.) Звітний місяць вказано у верхній частині першої сторінки. Укажіть місце роботи для кожної працевлаштованої особи. Якщо недостатньо місця, прикріпіть окремих аркуш. Приклади отримання коштів: винагорода за догляд за дітьми, зарплата, результат власної підприємницької діяльності, оплата тимчасової непрацездатності, чайові тощо. У разі втрати роботи прикріпіть відповідне підтвердження.

	Місце роботи №1	Місце роботи №2	Місце роботи №3
Прізвище та ім'я особи, яка отримує дохід:			
Джерело доходу/прізвище та ім'я роботодавця:	Якщо йдеться про власну підприємницьку діяльність, установіть цей прапорець: <input type="checkbox"/>	Якщо йдеться про власну підприємницьку діяльність, установіть цей прапорець: <input type="checkbox"/>	Якщо йдеться про власну підприємницьку діяльність, установіть цей прапорець: <input type="checkbox"/>
Частота отримання заробітної плати:	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> Щомісяця <input type="checkbox"/> Двічі на місяць	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> Щомісяця <input type="checkbox"/> Двічі на місяць	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> Щомісяця <input type="checkbox"/> Двічі на місяць
Валова сума доходу, отриманого протягом звітного місяця:	\$	\$	\$
	ДАТА ОТРИМАННЯ	ДАТА ОТРИМАННЯ	ДАТА ОТРИМАННЯ
Кількість робочих годин на місяць:			

10. Чи протягом наступних шести місяців очікуються зміни щодо доходу, який отримує працевлаштована особа (включно з доходом, зазначеним у пункті №9)? Так Ні (Якщо відповідь позитивна, надайте пояснення та прикріпіть відповідне підтвердження.) Приклади: прийом на роботу або звільнення, збільшення або зменшення доходу, зміна кількості робочих годин, участь у страйках, зміна частоти отримання заробітної плати.

11. Чи один із членів сім'ї отримував протягом звітного місяця кошти з інших джерел? Так Ні (Якщо відповідь позитивна, заповніть розділ нижче і прикріпіть відповідне підтвердження.) Звітний місяць зазначено у верхній частині першої сторінки. Приклади: виплати від фонду соціального захисту, компенсація на час безробіття, пільги для ветеранів, державне страхування на випадок непрацездатності (SDI), аліменти на утримання дитини/дружини, компенсація в разі травмування на роботі, позики/подарунки, трудовий/нетрудовий дохід для оплати житла, комунальних послуг, харчування тощо. Якщо ви більше не отримуєте кошти від зазначеного раніше джерела, прикріпіть відповідне підтвердження.

Прізвище та ім'я	Джерело доходів	Одноразовий або щомісячний платіж	Сума
			\$
			\$
			\$

12. Чи протягом наступних шести місяців очікуються зміни щодо обсягу коштів, отримуваних з інших джерел (включно з коштами, зазначеними в пункті №11)? Так Ні (Якщо відповідь позитивна, надайте пояснення та прикріпіть відповідне підтвердження.) Приклади змін: збільшення або зменшення доходу чи обсягу пільг, початок або припинення їх отримання.

13. Стосується лише програми CalWORKs: чи з часу надсилання минулого звіту трапилася одна з подій нижче (ідеться про вас і членів вашої сім'ї)? Так Ні (Якщо відповідь позитивна, установіть відповідний прапорець нижче та прикріпіть підтвердження.)

- Зміна сімейного статусу (одруження; розлучення; окреме проживання; реєстрація цивільного шлюбу в штаті Каліфорнія; реєстрація цивільного шлюбу в іншому штаті; розірвання цивільного шлюбу, зареєстрованого в Каліфорнії чи іншому штаті; вагітність; завершення вагітності)
- Робота/працевлаштування (початок трудової діяльності, припинення трудової діяльності, звільнення з роботи, відкриття бізнесу, участь у страйку)
- Непрацездатність (втрата або поновлення працездатності, тяжка хвороба чи видужання)
- Іміграція (зміна громадянства або іміграційного статусу; отримання нової картки, форми або листа від Служби громадянства й іміграції США (USCIS) (Служби Міністерства юстиції США (INS))
- Страхування (активовано, зупинено або змінено нарахування пільг, передбачених медичним, стоматологічним і довільним страхуванням, включно з пільгами за програмою MEDICARE)
- Опіка (будь-яка зміна періоду, протягом якого ви здійснюєте опіку над дітьми)
- Послуги з надання підтримки в домашніх умовах (початок або припинення отримання послуг)
- Відвідування навчального закладу
Для осіб від 18 років: установіть цей прапорець у разі початку або завершення навчання (можливо, ви зможете повернути кошти, витрачені на підручники, транспорт тощо).
- Інша особа оплатила всі мої витрати на житло, харчування, одяг або комунальні послуги (надайте пояснення): _____
- Інше: _____

Уважно прочитайте, а потім поставте свій підпис і дату.

Підписуючи цю форму,

- я усвідомлюю відповідальність за надання неправдивих свідчень і стверджую під страхом покарання за лжесвідчення, що всі мої відповіді в цьому звіті повні та правдиві (наскільки мені відомо);
- я усвідомлюю, що за шахрайські дії мене може бути ув'язнено на строк до 20 років і що з мене може бути стягнуто штраф у розмірі 250 000 \$.
- Також мені доведеться повернути отримані пільги, на отримання яких у мене не було права. У разі першого умисного порушення правил я не отримуватиму пільги за програмою CalFresh протягом одного року, у разі повторного порушення – протягом двох років, а у випадку третього порушення правил надання пільг за програмою CalFresh буде зупинено назавжди;
- я усвідомлюю та погоджуюся надати копії всіх документів, необхідних для складання піврічного звіту;
- я усвідомлюю, що в деяких випадках потрібно буде надати Округу дозвіл на отримання інформації від інших осіб стосовно моєї відповідності вимогам для участі в програмі.


СЕРТИФІКАЦІЯ – ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО ШАХРАЙСТВО

Я УСВІДОМЛЮЮ, ЩО в разі навмисного ненадання мною всіх відомостей або в разі надання неправильної інформації про стан моїх доходів, власність чи членів родини, необхідної для отримання допомоги чи пільг (або для продовження отримання такої допомоги та пільг), мене можуть притягнути до кримінальної відповідальності за законом. Також я усвідомлюю, що мене можуть звинуватити в скоєнні кримінального злочину, якщо мені було виплачено допомогу в розмірі понад 950 \$ за програмою CalFresh і/або Cash Aid хоча я не мав (-ла) права на отримання такої допомоги. Я отримав (-ла) копію інструкцій і переліку покарань, пов'язаних зі складанням звіту SAR 7 про стан відповідності щодо отримання пільг за програмою Cash Aid і програмою CalFresh.

ВИ ПОВИННІ ПІДПИСАТИ ТА ПОСТАВИТИ ДАТУ СКЛАДАННЯ ЦЬОГО ЗВІТУ ПІСЛЯ ТОГО, ЯК МИНЕ ОСТАННІЙ ДЕНЬ ЗВІТНОГО МІСЯЦЯ. ІНАКШЕ ЗВІТ ВВАЖАТИМЕТЬСЯ НЕЗАВЕРШЕНИМ.

Відповідно до законодавства США та штату Каліфорнія я заявляю під страхом покарання за лжесвідчення, що надані в цьому звіті відомості є правдивими, дійсними та повними, а також що вони охоплюють увесь звітний місяць.

ОСОБА, ЯКА МАЄ ПОСТАВИТИ ПІДПИС НИЖЧЕ У випадку з програмою Cash Aid: ви; ваш (-а) чоловік/дружина, що отримує допомогу; зареєстровані в штаті Каліфорнія цивільний (-а) чоловік/дружина або батько/мати вашої дитини, для якої передбачено надання грошової допомоги (за умови проживання в одному будинку).
У випадку з програмою CalFresh: голова родини, відповідальний член родини або уповноважений представник родини.

ПІДПИС АБО ПОЗНАЧКА	ДАТА ПІДПИСАННЯ	НОМЕР СТАЦІОНАРНОГО ТЕЛЕФОНУ	КОНТАКТНИЙ НОМЕР/НОМЕР МОБІЛЬНОГО ТЕЛЕФОНУ
		()	()
ПІДПИС ЧОЛОВІКА/ДРУЖИНИ; ЗАРЕЄСТРОВАНОГО (-ОЇ) ЦИВІЛЬНОГО (-ОЇ) ЧОЛОВІКА/ДРУЖИНИ; БАТЬКА/МАТЕРІ ВАШОЇ ДИТИНИ, ДЛЯ ЯКОЇ ПЕРЕДБАЧЕНО НАДАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ	ДАТА ПІДПИСАННЯ	ПІДПИС СВІДКА, ПЕРЕКЛАДАЧА АБО ІНШОЇ ОСОБИ, ЯКА ЗАПОВНЮЄ ФОРМУ	ДАТА ПІДПИСАННЯ
