

ЗАЯВЛЕНИЕ О ФАКТАХ ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ПРАВО НА ПРОДЛЕНИЕ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ AFDC ПО УХОДУ ЗА ПРИЕМНЫМИ ДЕТЬМИ (EFC)

ИНСТРУКЦИИ: Совершеннолетние, начинающие EFC после отсутствия в программе должны ответить на все вопросы слева от толстой черной линии. Ответы писать ручкой. Совершеннолетний должен ответить незаштрихованные секции этой формы, вместо BCJA 2 или SAWS 2; социальный работник/департамент социального обеспечения округа заполняет заштрихованные секции.

Заполняется совершеннолетним (Nonminor) (NM)

1. ИМЯ NM	2. <input type="checkbox"/> МУЖ. <input type="checkbox"/> ЖЕН.	
3. АДРЕС РАЗМЕЩЕНИЯ	3A. ТЕЛЕФОН	
4. АДРЕС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА РАЗМЕЩЕНИЯ)	5. ТЕЛЕФОН	
6. ДАТА РОЖДЕНИЯ	7. МЕСТО РОЖДЕНИЯ	
8. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SSN)	9. ЗАПРОСИЛИ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
10. ГРАЖДАНИН США? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	11. СТАТУС НЕГРАЖДАНИНА:	
12. ЕСТЬ ЛИ У ВАС МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ НОМЕР ПОЛИСА, НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ, И ИМЯ НА ПОЛИСЕ:		
13. ЕСТЬ ЛИ У ВАС ДВИЖИМОЕ ИЛИ НЕДВИЖИМОЕ ИМУЩЕСТВО? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ВИД ИМУЩЕСТВА (ЗЕМЛЯ, НАЛИЧНЫЕ, АВТО, МОТОЦИКЛ, СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ, ЦЕЛЕВОЙ ФОНД, БАНКОВСКИЙ СЧЕТ, ОБЛИГАЦИИ И Т.П.) И ИХ ЦЕННОСТЬ:		
14. ЕСТЬ ЛИ У ВАС ДОХОД? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ЕСЛИ ДА, НИЖЕ УКАЖИТЕ СУММУ. ЕСЛИ ЗАЯВЛЕНИЕ РАССМАТРИВАЕТСЯ, ОТМЕТИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КВАДРАТ.		
Вид дохода	Сумма	Рассматривается
ДОХОД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SSA ИЛИ SSI/SSP) ОТМЕТИТЕ ОДНО		<input type="checkbox"/>
АЛИМЕНТЫ НА РЕБЕНКА		<input type="checkbox"/>
ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ		<input type="checkbox"/>
ПЕНСИЯ		<input type="checkbox"/>
ИНВАЛИДНОСТЬ (СТРАХОВКА ШТАТА ПО ИНВАЛИДНОСТИ И Т.П.)		<input type="checkbox"/>
НАТУРАЛЬНЫЙ ДОХОД (БЕСПЛАТНАЯ АРЕНДА, КОММ. УСЛУГИ, ЕДА)		<input type="checkbox"/>
ЗАРПЛАТА		<input type="checkbox"/>
СТИПЕНДИИ/ГРАНТЫ		<input type="checkbox"/>
ДРУГОЕ		<input type="checkbox"/>
ЕСЛИ ДОХОД ОТ ЗАРАБОТКА: ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ (НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ):		
АДРЕС:		
ЧАСЫ РАБОТЫ/МЕСЯЦ:		

ELIGIBILITY WORKER ONLY
ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

DATE:

APPLICATION FOR RE-ENTRY
 REDETERMINATION

CASE NAME

CASE NUMBER

VERIFICATION

Former Foster Care Status

Termination of Prior Jurisdiction

AGE
SOCIAL SECURITY NUMBER

CITIZENSHIP/ALIEN STATUS

NM's Property (\$10,000 Exclusion)
Property Verification
Received Pending

Income Verification:
Received Pending
Current TILP exempt earned income

TO BE COMPLETED BY PLACEMENT WORKER/COUNTY WELFARE DEPARTMENT STAFF (только для служебного пользования)

ELIGIBILITY WORKER ONLY

только для служебного пользования

15A. Application: Did the NM sign a voluntary reentry agreement?

SOC 161

15B. Redetermination: Does the NM have a current Transitional Independent Living Plan?
 YES NO

SOC 163

16. What is the authority for the NM's out of home placement?

- Voluntary re-entry agreement (SOC 163) Date:
- Mutual agreement (SOC 162) Date:
- Court Order of Placement and Care Vested with Agency Date:

Check box to indicate which court order finding was made and enter date of hearing/order.

Court Order Findings		Petition/Order		
Finding	388 (e) Petition Hearing	6 month status review	12 month PP hearing	
a). Reentry and remaining in foster care in the NM's best interest		NA	NA	
b). Reasonable efforts to finalize permanency	NA			

COURT ORDER FINDINGS MADE?

Finding a: Yes No
 Finding b: Yes No

ELIGIBLE FACILITIES REQUIREMENTS MET

SERVICES REQUIREMENTS MET

NOT ELIGIBLE

ELIGIBLE
 FEDERAL
 NONFEDERAL
 OTHER

NM ПОД СТРАХОМ НАКАЗАНИЯ ЗА ЛЖЕСВИДЕТЕЛЬСТВО Я ЗАВЯЛЮ, ЧТО ПРИВЕДЕННЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ ВЕРНЫ И ПРАВИЛЬНЫ.

ПОДПИСЬ NM (ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАПОЛНЕНО СОЦИАЛЬНЫМ РАБОТНИКОМ/ДЕПАРТАМЕНТОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКРУГА, ЕСЛИ NM НЕДОСТУПЕН ИЛИ НЕ В СОСТОЯНИИ ЗАПОЛНИТЬ И ПОДПИСАТЬ)

ОКРУГ, В КОТОРОМ ПОДПИСАНО _____ ДАТА _____

ОКРУГ ЮРИСДИКЦИИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА
 ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, УКАЗАННАЯ В ЭТОЙ ФОРМЕ, ВЕРНА И ПРАВИЛЬНА, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО.

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА _____ ДАТА _____

ПОДПИСЬ РАБОНИКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕГО ПРАВО НА ЛЬГОТЫ _____ ДАТА _____

ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ РАБОНИКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕГО ПРАВО НА ЛЬГОТЫ _____ ДАТА _____

ИЗВЕЩЕНИЕ О ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

В соответствии с Федеральным законом о конфиденциальности (Federal Privacy Act) (P.L. 93-679) и Акте о Практике Информации (Information Practices Act) (IPA) от 1977 (Civil Code Sections 1798, et. seq.), настоящим дано уведомление о запросе личной информации. Предоставление запрашиваемой личной информации является добровольным. Основная цель добровольного предоставления информации - для облегчения обработки этой формы. Непредставление всей или части запрашиваемой информации может задержать рассмотрение этой формы. Личная информация, согласно Article 6, Section 1798.17 of the IPA of 1977, будет раскрыта только, если это будет разрешено. Каждый человек имеет право на запрос, при надлежащей идентификации, для проверки всей персональной информации в любой записи ведущейся на лицо для выявления деталей. Направьте любые запросы по предоставлению информации сотруднику, занимающемуся вопросами IPA.