



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ CALFRESH

Если вы являетесь нетрудоспособным лицом или нуждаетесь в помощи при подаче данного заявления, обратитесь в Окружное управление социальной помощи (далее – Округ), и вам обязательно помогут.

Если вы предпочитаете говорить, читать или писать на языке, отличном от английского, Округ предоставит вам бесплатного переводчика.

Как подать заявление?

Используйте данную форму для подачи заявления только на получение льгот по программе CalFresh. CalFresh — это программа продовольственной помощи для членов вашей семьи. Если вы хотите подать заявление на получение льгот по другим программам, например CalWORKs или Medi-Cal, попросите предоставить вам форму заявления на участие в других программах. Подать заявление на участие в программе CalFresh и других программах можно также в режиме онлайн на сайте <http://www.benefitscal.org/>. Вы можете узнать, имеете ли вы право на получение льгот по данной программе, посетив сайт <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- Если сможете, заполните форму заявления полностью. Для начала рассмотрения вашего заявления на получение льгот вы должны предоставить Округу, по крайней мере, свои имя и фамилию, адрес и подпись (вопрос 1 на странице 1 заявления).
- Предоставить заявление Округу вы можете лично, по почте, по факсу или в режиме онлайн.
- Дата получения Округом подписанного вами заявления считается датой начала рассмотрения вашего дела по получению льгот. Если вы находитесь в каком-либо учреждении, датой начала рассмотрения считается день, когда вы покидаете данное учреждение.

Что делать дальше?

- Ознакомьтесь с вашими правами и обязанностями, прочитав правила программы (страницы 1-5), прежде чем подписывать заявление.
- Вы должны пройти собеседование с представителями администрации Округа для того, чтобы обсудить с ними ваше заявление. В большинстве случаев собеседование проходит по телефону, однако собеседование может быть проведено лично в офисе Округа или другом месте, согласованном с Округом. Если у вас инвалидность, могут быть приняты специальные меры для проведения собеседования.
- Если вы не смогли заполнить заявление полностью, вы сможете это сделать в ходе собеседования.
- Вы будете должны предоставить доказательства ваших доходов, расходов и наличия прочих обстоятельств, чтобы удостоверить ваше право на получение льгот.

Сколько времени будет рассматриваться заявление?

Процедура рассмотрения заявления может занять до 30 дней. Вы можете получить льготы в течение 3 календарных дней, если вы соответствуете одному из критериев для ускоренного обслуживания:

- валовой месячный доход вашей семьи (доход без учета вычетов) составляет менее \$150, а сумма имеющихся у вас наличных денег, а также средств на текущем и сберегательном счетах составляет \$100 или менее; или
- стоимость содержания жилья вашей семьи (оплата аренды/ипотеки и коммунальных услуг) превышает ваш валовой месячный доход, а также сумму имеющихся у вас наличных денег и сумму средств на текущем и сберегательном счетах; или
- вы являетесь мигрантом или сезонным работником на ферме, сумма ваших средств на текущем и сберегательном счетах составляет менее \$100, и 1) вы больше не получаете доход; или 2) вы начали получать доход, но ожидаете, что получите не более \$25 в течение последующих 10 дней.

Для того чтобы помочь Округу определить, имеете ли вы право на получение льгот в течение 3 дней, ответьте на вопросы 1, 6-8, 11 и 16 и предоставьте Округу ваше удостоверение личности (если имеется) вместе с заявлением.

Округ отправит вам уведомление, в котором будет указано, будут ли предоставлены вашей семье запрашиваемые льготы по программе CalFresh.

Конференция с агентством

Конференция с агентством, это процесс, который предоставляет семье право запросить встречу с начальником отдела определяющего право на льготы (на этой встрече может присутствовать работник отдела, определяющий право на льготы и уполномоченный представитель) в неофициальном порядке разрешите все разногласия о том, соответствует ли семья критериям ускоренного обслуживания.

Конференция с агентством должна быть назначена в течение двух рабочих дней со дня запроса, если только семья не запросит более позднюю дату слушания или заявит, что не хочет проводить конференцию с агентством.

Что необходимо для проведения собеседования?

Во избежание задержек в рассмотрении вашего дела, принесите на собеседование нижеследующие доказательства. Вы должны пройти собеседование в назначенное время, даже если у вас нет доказательств. Округ может помочь вам в получении необходимых доказательств. В ходе собеседования представитель Округа ознакомится с информацией, представленной в заявлении, и задаст вам вопросы, чтобы убедиться в том, что вы имеете право на получение льгот по программе CalFresh, а также определить размер полагающихся вам льгот.

Необходимые доказательства для получения льгот:

- Удостоверение личности (водительское удостоверение, выданное штатом удостоверение личности, паспорт);
- Доказательство места вашего проживания (договор об аренде, текущий счет с указанием вашего адреса);
- Номера социального страхования (см. нижеследующее примечание некоторых категорий лиц без гражданства США);
- Доказательство наличия средств на банковских счетах всех членов вашей семьи (последние банковские отчеты);
- Доказательства заработанных доходов в течение предыдущих 30 дней для каждого члена вашей семьи (квитанции о выдаче заработной платы, отчет работодателя о проделанной работе).
ПРИМЕЧАНИЕ: Лица, занимающиеся предпринимательством, обязаны предоставить документацию о доходах, расходах или налоговую документацию;
- Доказательства нетрудовых доходов (пособие по безработице, выплаты по программе SSI (Вспомогательная социальная помощь), льготы по программам социального обеспечения, ветеранские льготы, алименты на ребенка, компенсации работникам, гранты или займы на получение образования, доходы за счет аренды и т.д.);
- Доказательство легального иммиграционного статуса (регистрационная карта иммигранта или лица, имеющего вид на жительство, виза) **ТОЛЬКО** для тех лиц, кто подает заявление на получение льгот, не являясь гражданами США и легально находясь на территории США.
ПРИМЕЧАНИЕ: некоторые лица, подающие заявление, не являясь гражданами США, иммиграционный статус которых подразумевает, что они являются жертвами бытового насилия, уголовных преступлений или торговли людьми, возможно, могут не предоставлять данное доказательство. Данные лица также, возможно, не обязаны предоставлять номер социального страхования.

Необходимые доказательства для получения дополнительных льгот по программе CalFresh:

- Доказательство стоимости содержания жилья (чеки по уплате арендной платы, счета по ипотеке, счета по уплате налога на имущество, страховые документы);
- Доказательство расходов на коммунальные услуги и услуги телефонной связи;
- Расходы на медицинские услуги для всех пожилых (60 лет и старше) или нетрудоспособных членов вашей семьи;
- Расходы на уход за ребенком или взрослым, вызванные тем, что другому члену семьи необходимо работать, заниматься поисками работы, посещать курсы или учебное заведение либо принимать обязательное участие в трудовой деятельности;
- Алименты, выплачиваемые кем-либо из членов вашей семьи.

Как получить и использовать льготы по программе CalFresh?

- Округ вышлет вам по почте или передаст лично в руки пластиковую карту системы перевода продовольственных льгот электронным путем (EBT). Льготы поступят на данную карту как только ваше заявление будет удовлетворено. При получении карты необходимо поставить на ней свою подпись. Вы зададите Персональный Идентификационный Номер (PIN-код), чтобы иметь возможность пользоваться вашей картой.
- Если ваша карта EBT утеряна, украдена, повреждена или если вы считаете, что постороннее лицо, не имеющее право пользоваться вашими льготами, может знать ваш PIN-код, незамедлительно позвоните по номеру (877) 328-9677 или в Округ. Убедитесь, что все взрослые члены вашей семьи и ваш уполномоченный представитель также осведомлены о том, как незамедлительно сообщить о подобных происшествиях. Если вы не сообщите о том, что постороннее лицо, которому вы не давали права распоряжаться вашими льготами, получило ваш PIN-код, и если вы не измените ваш PIN-код, льготы, полученные с вашего счета, не будут возмещены.
- Вы можете пользоваться льготами по программе CalFresh для покупки практически всех продуктов питания, а также семян и растений, необходимых для выращивания собственных продуктов питания. Вы не можете покупать алкогольные или табачные изделия, корма для животных, некоторые виды готовой еды, товары, не относящиеся к продуктам питания (например, зубную пасту, мыло, бумажные полотенца).
- Льготы по программе CalFresh принимаются к оплате в большинстве продовольственных магазинов и в других местах, где продаются продукты питания. Чтобы ознакомиться со списком учреждений, принимающих карты EBT в вашем районе, посетите сайты: <https://www.ebt.ca.gov> или <https://www.snapfresh.org>.
- Льготы по программе CalFresh предназначены для использования только вами и членами вашей семьи. Надежно храните предоставляемые вам льготы. Не сообщайте никому свой PIN-код. Не храните свой PIN-код вместе с вашей картой EBT.

Что делать, если я бездомный?

Незамедлительно сообщите Округу о том, что вы бездомный, чтобы представители Округа могли помочь вам определить адрес, необходимый для приема от вас заявления и отправки вам уведомлений о ходе рассмотрения вашего заявления Округом. Для программы CalFresh бездомными являются те, кто:

- А. проживает в специальном приюте, социальной квартире или другом подобном месте;
- В. проживает в доме другого лица или другой семьи непрерывно в течение не более 90 дней;
- С. спит в необорудованном для этого месте или в месте, не предназначенном для сна (коридор, автовокзал, холл здания и другие подобные места).

Информационная страница - Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Вы обязаны:

- Предоставить Округу всю информацию, необходимую для подтверждения вашего права на получение льгот;
- При необходимости предоставить Округу доказательства тех данных, которые вы предъявляете;
- Докладывать об изменениях, согласно требованиям. Округ предоставит вам информацию о том, что должно содержаться в докладе, когда и в каком виде необходимо его подавать. Если вы не выполняете требования по отчетности о состоянии вашей семьи, ваше дело будет закрыто или размер получаемых льгот будет понижен или полностью прекращено их предоставление;
- Искать, получать и сохранять работу либо участвовать в других видах деятельности, если Округ сообщит вам, что это требуется в рамках вашего дела;
- В полной мере взаимодействовать с представителями властей Округа, штата и федеральных структур, если ваше дело отобрано для пересмотра или расследования с целью подтверждения ваших прав и правильного определения размера полагающихся вам льгот. В случае отказа сотрудничать в ходе пересмотра дела, вы потеряете право на получение льгот;
- Полностью вернуть полученные льготы CalFresh, которые вы получили, не обладая необходимыми на то правами.

Вы имеете право:

- Подать заявление на участие в программе CalFresh, предоставив только ваше имя и фамилию, адрес и подпись;
- Воспользоваться услугами переводчика, предоставляемыми Штатом бесплатно при наличии такой необходимости;
- Требовать сохранения конфиденциальности предоставляемой Округу информации, если она напрямую не относится к выполнению программ Округа;
- Забрать своё заявление в любой момент до того, как Округ установит ваше право на получение льгот;
- Попросить помощи в заполнении анкеты CalFresh, а так же объяснения правил;
- Попросить помощи в получении необходимых доказательств;
- Право на вежливое и уважительное отношение, внимание и отсутствие дискриминации со стороны сотрудников;
- Получить льготы по программе CalFresh в течение 3 дней, если существуют основания для ускоренного обслуживания;
- Пройти собеседование с представителями Округа в обоснованные сроки при подаче заявления и получить решение о вашем праве на получение льгот в течение 30 дней;
- Иметь в распоряжении как минимум 10 дней для предоставления Округу доказательств, необходимых для определения вашего права на льготы;
- Получить письменное уведомление по крайней мере за 10 дней до того, как Округ уменьшит объемы или полностью остановит оказание помощи по программе CalFresh;
- Обсуждать ход вашего дела с представителями Округа. Вы также имеете право на производить пересмотр вашего дела по вашему требованию;
- Ходатайствовать о проведении слушания властями штата в течение 90 дней, если вы не согласны с решением властей Округа, касающегося вашего дела по программе CalFresh. Если вы ходатайствуете о проведении слушания до того, как по вашему делу по программе CalFresh начато принятие каких-либо действий, вы сохраняете свои льготы по программе CalFresh до момента проведения слушания или до конца срока действия ваших прав в зависимости от того, какой срок истекает ранее. Вы можете ходатайствовать об изменении ваших льгот до момента окончания слушания для того, чтобы избежать необходимости возвращать неправомерно полученные льготы. Если судья по административным делам вынесет решение в вашу пользу, Округ обязуется вернуть вам все отмененные или сокращенные льготы;
- Узнать подробнее о ваших правах на ходатайство о проведении слушания или обратиться за услугами бесплатной юридической помощи вы можете по бесплатному номеру **1-800-952-5253**. Лица с нарушениями слуха или речи, пользующиеся средствами связи для слабослышащих, могут набрать номер телефона **1-800-952-8349**. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь, обратившись в местное отделение оказания бесплатной юридической помощи или орган социального обеспечения;
- Пригласить друга или кого-то другого на слушание, если вы не хотите участвовать в нем в одиночку;
- Получить помощь от Округа в регистрации на голосование;
- Сообщать об изменениях, о которых вы не обязаны сообщать, если это может поспособствовать увеличению льгот по программе CalFresh;
- Предоставить доказательства расходов вашей семьи, которые могут поспособствовать получению дополнительных льгот по программе CalFresh. Непредставление доказательства Округу приравнивается к заявлению о том, что ваша семья не имеет расходов, и вы не сможете претендовать на получение дополнительных льгот по программе CalFresh;
- Оповестить Округ о том, что вы хотели бы предоставить третьему лицу право пользования вашими льготами по программе CalFresh для улучшения состояния вашей семьи или что вы хотели бы получить помощь от третьего лица в рамках вашего дела по программе CalFresh (уполномоченный представитель);

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Правила программы и Наказания

Если вы предоставляете искаженную или ложную информацию или сознательно скрываете часть информации с целью получения льгот по программам CalFresh, на которые вы не имеете права, или оказываете содействие третьему лицу в получении льгот, на которые он/она не имеет права, то вы совершаете преступление. Вы должны вернуть все льготы, полученные вами неправомерно.

Нарушения программы CalFresh: Я понимаю, что я, возможно, преднамеренно нарушаю правила программы, если я сделаю одно из следующего:	Наказания я могу:
<ul style="list-style-type: none"> • Буду скрывать информацию или предоставлю ложную информацию • Использую карту электронных расчетов (EBT), принадлежащих другим лицам или разрешу кому-либо пользоваться моей картой EBT • Воспользуюсь льготами программы CalFresh для покупки алкогольных и табачных изделий • Обменяю, куплю, продам, украду или отдам льготы программы CalFresh или карты EBT или <u>попытаюсь</u> обменять, купить, продать, украсть или отдать льготы программы EBT или карты EBT • Попроюсь получить двойную сумму льгот например запросив льготы в двух или более разных округах одновременно • Сдам фальшивые документы на детей или взрослых членов семейной группы, которые не имеют право на получение льгот или которые не существуют • Нарушу условия моего условного осуждения или условно-досрочного освобождения • Скроюсь после осуждения за уголовное преступление • Сознательно приобрету (куплю) продукт используя льготы CalFresh, у которого есть возврат депозита, Сознательно (специально) выброшу содержимое и верну контейнер, чтобы получить сумму депозита или <u>попытаюсь</u> вернуть контейнер, чтобы получить сумму депозита • Куплю продукты используя льготы CalFresh и сознательно перепродам их за наличные или что либо, кроме разрешенных продуктов питания 	<ul style="list-style-type: none"> • Потерять право на получение льгот программы CalFresh на 12 месяцев за первое нарушение и буду обязан вернуть неправомерно полученные мною льготы по программе CalFresh в полном объеме • Потерять право на получение льгот по программе CalFresh на 24 месяца за второе нарушение и буду обязан вернуть неправомерно полученные мною льготы по программе CalFresh в полном объеме • Навсегда потерять право на получение льгот программы CalFresh за третье нарушение и буду обязан вернуть неправомерно полученные мною льготы по программе CalFresh в полном объеме • Быть оштрафован в размере до \$250 000, получить наказание в виде лишения свободы на срок до 20 лет или получить оба наказания одновременно
<ul style="list-style-type: none"> • Обменяю льготы CalFresh или <u>попытаюсь</u> обменять льготы CalFresh на: наличные, огнестрельное оружие, не разрешенные товары или контролируемые вещества, как например, наркотики 	<ul style="list-style-type: none"> • потерять право на получение льгот по программе CalFresh на 24 месяца за первое нарушение • навсегда потерять право на получение льгот по программе CalFresh за второе нарушение
<ul style="list-style-type: none"> • Предоставлю ложную информацию о том, кто я такой и где я живу, чтобы получить дополнительные льготы CalFresh 	<ul style="list-style-type: none"> • Потерять право на получение льгот по программе CalFresh на 10 лет за каждое нарушение
<ul style="list-style-type: none"> • Буду осужден за обмен, продажу или <u>попытку</u> обмена или продажи льгот CalFresh стоимостью более \$500 или обмен или <u>попытку</u> обмена льгот CalFresh на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества 	<ul style="list-style-type: none"> • Навсегда потерять право на получение льгот по программе CalFresh

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Важная информация для лиц, не являющихся гражданами США

- Вы можете подать заявление на получение льгот по программе CalFresh для членов семьи, имеющих на это право, даже если среди членов вашей семьи есть те, кто не имеет права на получение льгот. Например, родители-иммигранты могут подать заявление на получение льгот по программе CalFresh для своих детей, которые имеют гражданство США или признаны иммигрантами, имеющими право на получение льгот, даже если родители, возможно, не имеют прав на получение льгот.
- Получение продовольственных льгот никак не отразится на Вашем иммиграционном статусе и статусе вашей семьи. Информация об иммиграционном статусе является личной конфиденциальной информацией.
- Иммиграционный статус заявителей, не являющихся гражданами США, но имеющих право на получение льгот, подлежит проверке в Службе гражданства и иммиграции США (USCIS). Согласно федеральному законодательству, Служба гражданства и иммиграции США не может применять полученную информацию за исключением случаев мошенничества.

Важная информация для неграждан: Вы можете запросить и получить льготы CalFresh для лиц, которые имеют на это право, даже если в вашей семье есть лица, не имеющие право на льготы. Получение льгот на питание не повлияет на иммиграционный статус вашей семьи. Иммиграционная информация является частной и конфиденциальной. Иммиграционный статус неграждан, имеющих право на льготы и запрашивающих их, будет проверен Отделом Гражданства и Иммиграционных Услуг США (USCIS). Федеральный закон гласит, что USCIS не может использовать эту информацию ни для чего, кроме дел, связанных с мошенничеством.

Отказ от участия: Вы не обязаны предоставлять иммиграционную информацию, номера социального страхования (SSN) или документы на членов семьи, которые не являются гражданами и не запрашивают льготы CalFresh. Однако, округ должен знать информацию об их доходе и ресурсах, чтобы правильно определить сумму льгот CalFresh. Округ не будет связываться с USCIS в отношении лиц, не запрашивающих льготы CalFresh.

Закон Конфиденциальности и Раскрытия информации: В заявлении вы предоставляете личную информацию. Округ использует эту информацию, чтобы определить, имеете ли вы право на льготы. Если вы не предоставите запрошенную информацию, округ может отказать вам в вашем запросе. У вас есть право на пересмотр, изменение, или исправление любой информации, которую вы предоставили округу. Округ не покажет вашу информацию и не передаст ее другим, если только вы не дали округу разрешение на это или законы федерации или штата позволяют им это сделать. *273,2(b)(4) Privacy Act Statement*. Являясь агентством округа, мы должны известить все семейные группы, которые запрашивают льготы и проходят повторную сертификацию на получение льгот CalFresh, о следующем:

- (i) Сбор этой информации, включая номер социального страхования (SSN) каждого члена семейной группы, разрешен по акту Талонов на питание от 1977 года, с изменениями 7 U.S.C. 2011-2036. Информация будет использована для определения права на участие или продолжение участия в программе CalFresh. Мы проверим эту информацию с помощью специальных компьютерных программ, включая систему проверки прибыли и дохода (IEVS). Эта информация будет использована для контроля за соблюдением правил программы и управления программой.
- (ii) Эта информация может быть предоставлена другим агентствам федерации или штата для официального рассмотрения и правоохранительным органам с целью задержания лиц скрывающихся от закона.
- (iii) Если у программы CalFresh возникнет иск к вашей семейной группе, то информация в этой анкете, включая номер социального страхования (SSN), может быть отправлена агентствам федерации или штата, а также частным коллекторным агентствам для сбора платежей.
- (iv) Предоставление запрошенной информации, включая номер социального страхования каждого члена семейной группы, производится добровольно. Тем не менее, отказ предоставить номер социального страхования приведет к отказу в предоставлении льгот CalFresh каждому лицу, которое не предоставит номер социального страхования. Любые номера социального страхования будут использоваться и раскрываться таким же образом, как и номера социального страхования членов семьи, имеющих право на льготы.

Округ может проверить иммиграционный статус членов семьи подающих заявление на льготы, обратившись в USCIS. Информация полученная округом от этих учреждений, может повлиять на ваше право и уровень льгот.

Округ проверит ваши ответы, используя информацию государственных и федеральных электронных баз данных из Налогового управления (IRS), Управления социального обеспечения, Департамента Национальной Безопасности и / или агентства по сбору информации. Если информация не совпадает, округ может попросить Вас прислать доказательства.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Использование номеров социального страхования (SSN): Каждый запрашивающий льготы CalFresh обязан предоставить SSN, если он у вас есть, или доказательство того, что Вы запросили SSN (такие как письмо из Управления социального страхования). Округ может отказать в льготах CalFresh вам или любому члену семейной группы, которые не предоставят нам SSN. Некоторые лица не должны предоставлять нам SSN для получения помощи, например жертвы бытового насилия, свидетели обвинения и жертвы торговли людьми.

Переплата: Это значит, что вы получили больше льгот CalFresh, чем вы должны были получить. Вам придется их вернуть, даже если округ совершил ошибку или это произошло случайно. Получаемые вами льготы могут быть уменьшены или остановлены. Ваш SSN может быть использован для удержания задолженной суммы льгот через суды, другие агентства по сбору или для иска федеральным правительством.

Отчетность: Ваша семейная группа должна продолжать сообщать округу об изменениях, запрошенных округом. Если вы не будете сообщать, получаемые вами льготы могут быть уменьшены или остановлены. Вы также можете сообщать о том, что может увеличить сумму ваших льгот, например уменьшение дохода.

Административные слушания: Если вы не согласны с любым действием в отношении повторной сертификации получаемых вами льгот, вы имеете право на административное слушание вашего дела. Вы можете запросить административное слушание в течение 90 дней с начала действия, принятого округом, и вы должны сообщить нам, почему вы просите слушание. В извещении об одобрении или отказе от льгот, которое вы получите от округа, будет информация о том, как запросить административное слушание.

Заявление о недопустимости дискриминации: В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах и Департаментом сельского хозяйства США (USDA) правилами и полисами гражданских прав, Министерство сельского хозяйства США и его агентства, отделения и сотрудники и учреждения, участвующие в или управляющие программами USDA, не имеют право дискриминировать по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений или мести, возмездия за предыдущую деятельность в защиту гражданских прав в любой программе или деятельности, осуществляемой или финансируемой USDA.

Инвалиды, которым требуется альтернативные средства связи для информации о программе (т.е. шрифт Брайля, крупный текст, аудиокассеты, Американский язык жестов и т.п.) должны обратиться в агентство (штата или местного), в котором они запросили льготы. Глухие или лица с нарушенным слухом или дефектами речи могут обратиться в USDA используя федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации программой, заполните форму жалобы о дискриминации программой USDA (AD 3027) которую можно найти в Интернете по адресу: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, и в любом офисе USDA или обратитесь к координатору окружного отдела прав человека, или напишите письмо адресованное USDA и предоставьте в этом письме всю информацию, запрашиваемую в форме или напишите в Департамент социальных услуг штата Калифорния (CDSS) по адресу, указанному ниже. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по номеру телефона: (866) 632-9992. Подайте вашу заполненную форму жалобы или письмо в USDA следующим образом:

(1) по	U.S. Department of Agriculture	CDSS
почте:	Office of the Assistant Secretary for Civil Rights	Civil Rights Bureau
	1400 Independence Avenue, S.W.	P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
	Washington D.C. 20250-9410	Sacramento, CA 94244-2430
		1-866-741-6241 (Бесплатно)

(2) по факсу: (202) 690-7442; или

(3) по электронной почте: program.intake@usda.gov

Это учреждение предоставляет услуги на условиях равных возможностей.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Пересмотр дел

Ваше дело может быть отобрано для дополнительного пересмотра с целью подтверждения ваших прав и правильного определения размера полагающихся вам льгот. Вы должны в полной мере взаимодействовать с представителями властей Округа, штата и федеральных структур в ходе любого расследования и пересмотра, в том числе и в ходе анализа контроля качества. В случае отказа сотрудничать в ходе пересмотра дела, вы можете потерять право на получение льгот;

Правила программы CalFresh по трудоустройству

Округ имеет право записать вас на участие в программе трудоустройства. Представители Округа сообщат вам, является ли данное трудоустройство добровольным, или же вы обязаны участвовать в данной программе. Если вы не выполняете обязательные действия, размер предоставляемых вам льгот может быть сокращен, или приостановлена выплата льгот. Если вы недавно уволились с работы, возможно, вы не можете претендовать на получение льгот по программе CalFresh.

Использование карт EBT

Льготы, изъятые с вашего счета до того, как вы, другой член вашей семьи или ваш уполномоченный представитель сообщит об утере или краже карты EBT или PIN-кода, **НЕ** будут возмещены.

Любое использование вашей карты EBT вами, членом вашей семьи, вашим уполномоченным представителем или иным лицом, которому вы добровольно передали карту EBT и PIN-код, будет расценено как разрешенное вами, и льготы, снятые с вашего счета в результате данного использования, **НЕ** будут возмещены.

Если вы не сообщите о том, что постороннее лицо, которому вы не давали права распоряжаться вашими льготами, получило ваш PIN-код, и если вы не измените ваш PIN-код, льготы, полученные с вашего счета, **не** будут возвращены.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

ПРИМЕЧАНИЯ

Используйте черные или синие чернила, так как они лучше всего видны при чтении и копировании. Пожалуйста, пишите разборчиво. Если вам нужно больше места для ответа на вопрос(ы), используйте раздел «Место для дополнительных записей» на странице 10 и при необходимости прикрепите дополнительные листы бумаги для предоставления информации. Убедитесь в том, что вы указали на дополнительных листах номера вопросов, ответы на которые вы предоставляете.

1. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, ВТОРОЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	ДРУГИЕ ИМЕНА (ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ, ПРОЗВИЩА И Т.Д.)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ, И ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ)	
ДОМАШНИЙ АДРЕС ИЛИ ОПИСАНИЕ МЕСТОНАХОЖДЕНИЯ ВАШЕГО ДОМА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ УКАЗАННОГО ВЫШЕ)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Разрешение на контакт

Пожалуйста, предоставьте округу вашу наилучшую контактную информацию. Это поможет в обработке вашего заявления. Предоставив ниже вашу контактную информацию, вы разрешаете округу связываться с вами по телефону, электронной почте, отправлять текст или оставлять телефонные сообщения в отношении вашего заявления.

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН	<input type="checkbox"/> ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ СМС СООБЩЕНИЯ
РАБОЧИЙ/ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН/ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	

Являетесь ли вы бездомным? Да Нет Если да, незамедлительно сообщите Округу о том, что вы бездомный, чтобы представители Округа могли помочь вам определить адрес, необходимый для приема от вас заявления и отправки вам уведомлений о ходе рассмотрения вашего заявления Округом.

На каком языке вы предпочитаете читать? (если этот язык - не английский) _____

На каком языке вы предпочитаете говорить? (если этот язык - не английский) _____

Округ предоставит вам бесплатного переводчика. Если вы глухой или у вас проблемы со слухом, поставьте отметку здесь.

Являетесь ли вы нетрудоспособным и нуждаетесь ли в помощи для подачи заявления? Да Нет

Заинтересованы ли вы в подаче заявления на участие в программе Medi-Cal? Если вы ответили – да, Округ воспользуется вашими ответами для определения вашего права на получение льгот по программе Medi-Cal. Да Нет

Валовой месячный доход вашей семьи составляет менее \$150, а сумма имеющихся у вас наличных денег, а также средств на текущем и сберегательном счетах составляет \$100 или менее? Да Нет

Сумма валового месячного совместного дохода вашей семьи и имеющихся у вас наличных денег, а также средств на текущем и сберегательном счетах меньше, чем сумма средств, необходимых для оплаты аренды/ипотеки и коммунальных услуг? Да Нет

Являются ли члены вашей семьи мигрантами или сезонными работниками на ферме, чьи ликвидные средства не превышают \$100, и вы либо больше не получаете доход, либо начали получать доход, но ожидаете, что получите не более \$25 в течение последующих 10 дней? Да Нет

Я понимаю, что, подписывая данное заявление под страхом наказания за лжесвидетельство (предоставление заведомо ложной информации), я подтверждаю, что:

- Я прочел или мне прочли содержание данного заявления и мои ответы на вопросы, содержащиеся в данном заявлении;
- Все ответы, приведенные мной, являются достоверными и полными, насколько мне известно;
- Все ответы, которые я дам на вопросы о моем заявлении, будут достоверными и полными, насколько мне известно;
- Я прочел или мне прочли, я понял и согласен с Правами и Обязанностями (Правила программы, страница 1) по программе CalFresh;
- Я прочел или мне прочли Правила и Санкции программы CalFresh (Правила программы, страница 2);
- Мне известно, что предоставляя заведомо ложную и вводящую в заблуждение информацию, искажая, скрывая или не предоставляя факты, необходимые для установления прав на получение льгот программы CalFresh, я совершаю мошенничество. Мошенничество может повлечь за собой возбуждение уголовного дела, и я могу потерять право получения льгот по программе CalFresh на некоторый срок или пожизненно;
- Мне известно, что номера социального страхования и информация об иммиграционном статусе членов семьи, подающих заявление на получение льгот, могут быть переданы в определенные государственные структуры, согласно требованиям федерального законодательства.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (ИЛИ ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ / УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ*ОПЕКУНА)	ДАТА
---	------

*Если у вас есть уполномоченный представитель, ответьте на вопрос 2 на следующей странице.

2. УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СЕМЬИ

Вы можете уполномочить лицо в возрасте от 18 лет для оказания помощи вашей семье в получении льгот по программе CalFresh. Данное лицо может выступать от вашего имени во время собеседования, помогать вам в заполнении форм, делать для вас покупки, докладывать об изменениях вместо вас. Вы будете обязаны вернуть льготы, полученные вами неправомерно из-за предоставленной данным лицом информации округу. Если данное лицо использует льготы без вашего разрешения, они не будут возвращены. Если вы являетесь Уполномоченным представителем, вам потребуется предоставить Округу ваше удостоверение личности и удостоверение личности заявителя.

Хотите ли вы назначить кого-либо для оказания вам помощи в участии в программе CalFresh? Да Нет

Если **да**, заполните следующий раздел:

ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:	ТЕЛЕФОН УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:
------------------------------------	--

Хотите ли вы назначить кого-либо, кто будет получать и использовать льготы по программе CalFresh для нужд вашей семьи? Да Нет

Если **да**, заполните следующий раздел:

ИМЯ:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:		
АДРЕС:	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

3. РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Предоставление информации о расовой и этнической принадлежности не является обязательным. Данная информация запрашивается для подтверждения того, что льготы предоставляются вне зависимости от расы, цвета кожи и национальности заявителей. Ваши ответы на нижеследующие вопросы не повлияют на ваше право на получение льгот, а так же на их размер. Отметьте все, что имеет отношение к вам. Согласно закону, Округ должен зарегистрировать вашу принадлежность к расовой и этнической группе.

Поставьте отметку здесь, если вы не хотите предоставлять Округу информацию о вашей расовой и этнической принадлежности. Если вы не поставите отметку, Округ использует предоставленную Вами информацию только для статистики по защите гражданских прав.

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	Являетесь ли вы латиноамериканцем? (Пожалуйста, отметьте одно) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если вы являетесь латиноамериканцем, считаете ли вы себя к:
		<input type="checkbox"/> Мексиканцем <input type="checkbox"/> Пуэрториканцем <input type="checkbox"/> Кубинцем <input type="checkbox"/> Другое _____

РАСОВОЕ/ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ

- Белый Коренной американец или уроженец Аляски Черный или Афроамериканец Другое или смешанное _____
- Азиат (если вы отметили этот пункт, отметьте также одно или более из нижеследующего):
- Филиппинец Китаец Японец Камбоджиец Кореец Вьетнамец Индеец Лаосец
- Представитель другой азиатской национальности (укажите) _____
- Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана (если вы отметили этот пункт, отметьте также одно или более из нижеследующего):
- Уроженец Гавайских островов Гуамец или Чаморро Самоанец

4. ВЫБОР ВИДА СОБЕСЕДОВАНИЯ

Вам или другому взрослому члену вашей семьи потребуется пройти собеседование с представителем Округа для обсуждения вашего заявления и получения льгот по программе CalFresh. Как правило, собеседования для участия в программе CalFresh проходят по телефону, кроме тех случаев, когда собеседование проводится во время личной подачи заявления, и тех случаев, когда заявитель предпочитает пройти собеседование лично. Собеседования при личном присутствии заявителя проходят только в рабочее время администрации Округа.

Поставьте отметку здесь, если вы предпочитаете пройти собеседование лично.

Поставьте отметку здесь, если вам, в связи с инвалидностью, требуются другие дополнительные условия для проведения собеседования.

Укажите информацию о предпочтительной дате и времени проведения собеседования.

День: Сегодня Следующий свободный день В любой день Понедельник Вторник Среда Четверг Пятница

Время: Раннее утро До обеда После обеда Вечером В любое время

5. ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ

Получали ли вы или кто-либо из членов вашей семьи социальную помощь (по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям, Программе бесплатной медицинской помощи неимущим и малоимущим (Medicaid), Программе льготной покупки продуктов (CalFresh), Общей помощи(GA) / Общей поддержки(GR) и т.д.)? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если да , кто?	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?
Если да , кто?	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?

6а. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Предоставьте нижеследующую информацию обо всех проживающих с вами лицах, вместе с которыми вы приобретаете и готовите еду, включая вас. **Если вы подаете заявку за лиц без гражданства США, ответьте на вопросы 6b и 6с. Если нет, перейдите к вопросу 6d.**

Предоставление номеров социального страхования членов семьи, не запрашивающих льготы, не обязательно. Вы должны ответить на нижеследующие вопросы о каждом лице, запрашивающим льготы.

ЗАПРАШИВАЕТ ЛЬГОТЫ (✓ отметьте «Да» или «Нет»)	ПОЛНОЕ ИМЯ (фамилия, имя, первая буква второго имени)	Родственное отношение к данному лицу?	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ (М ИЛИ Ж)	ГРАЖДАНИН ИЛИ ПОДДАННЫЙ США (✓ отметьте «Да» или «Нет») Если нет, ответьте на вопрос 6b ниже.	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Я сам(а)			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Пожалуйста, перечислите имена лиц, проживающих с вами, но покупающих и готовящих еду отдельно:

ИМЯ	ИМЯ
ИМЯ	ИМЯ

6b. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦАХ, НЕ ИМЕЮЩИХ ГРАЖДАНСТВА США - предоставьте информацию о лицах, упомянутых в вопросе 6а, не являющихся гражданами США и запрашивающих льготы.

Имя	Дата въезда в США (если известна)	Предоставьте ответ на один из следующих вопросов (если известно): Номер паспорта, номер регистрационной карты иммигранта или лица, имеющего вид на жительство и т.п.	Есть ли у данного лица спонсор? (✓ отметьте «Да» или «Нет») Если да, ответьте на вопрос 6с ниже.
		ТИП ДОКУМЕНТА: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		ТИП ДОКУМЕНТА: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		ТИП ДОКУМЕНТА: _____ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Насчитывает ли стаж занятости или службы в рядах Вооруженных Сил США кого-либо из вышеперечисленных лиц 10 лет(40 кварталов)?

Да Нет

Если да, кто? _____

Есть ли среди лиц, перечисленных выше, человек, имеющий или подавший заявление на получение визы класса Т, класса U, либо по петиции Закона о предотвращении насилия над женщинами (VAWA)?

Да Нет

Если да, кто? _____

6с. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦАХ, НЕ ИМЕЮЩИХ ГРАЖДАНСТВА США И ИМЕЮЩИХ СПОНСОРА – предоставьте информацию о лицах, упомянутых в вопросе 6b, не являющихся гражданами США, имеющих спонсора и запрашивающих льготы.

Подписывал ли спонсор форму I-864? Да Нет Если да, ответьте на оставшиеся вопросы. Если спонсор подписывал форму I-134, пропустите следующий вопрос.

Предоставляет ли спонсор регулярную финансовую помощь? Да Нет Если да, в каком размере? \$ _____

Предоставляет ли спонсор регулярную финансовую помощь для оплаты (отметьте нужное):

арендной платы; одежды; продуктов питания; других нужд. _____

ИМЯ И ФАМИЛИЯ СПОНСОРА	КОМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ ФИНАНСОВАЯ ПОДДЕРЖКА?	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СПОНСОРА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ СПОНСОРА	КОМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ ФИНАНСОВАЯ ПОДДЕРЖКА?	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СПОНСОРА

6d. Студенты

Есть ли среди подающих заявление на получение льгот лица, включая вас, посещающие высшее учебное заведение Да Нет или профессиональное училище? Если **да**, ответьте на данный вопрос.

Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Имя	Наименование учебного заведения/курсов	Статус зачисленного лица (✓ отметьте один пункт)	Работает ли данное лицо?
		<input type="checkbox"/> Посещает половину занятий или больше <input type="checkbox"/> Посещает менее половины занятий Количество курсов: _____	Среднее количество рабочих часов в неделю: _____
		<input type="checkbox"/> Посещает половину занятий или больше <input type="checkbox"/> Посещает менее половины занятий Количество курсов: _____	Среднее количество рабочих часов в неделю: _____

6e. Есть ли в вашей семье приемный ребенок? Да Нет Если **да**, укажите имя и фамилию: _____

Ответьте на следующие вопросы о приемном(-ых) ребенке (детях):

Данный(-е) ребенок (дети) проживает(-ют) в вашей семье по распоряжению суда? (пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Хотите ли вы, чтобы приемный(-е) ребенок (дети) учитывался(-ись) при рассмотрении вашего дела по участию в программе CalFresh? (Пожалуйста, отметьте одно) Если **да**, пособие по уходу за приемными детьми будет учтено как незаработанный доход. Если **нет**, пособие по уходу за приемными детьми не будет учтено как незаработанный доход. Да Нет

7. Незаработанный доход

Получает ли кто-либо из лиц, с кем вы приобретаете и готовите еду, доходы, источником которых не является трудовая деятельность (незаработанные доходы)? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Отметьте все типы получаемого незаработанного дохода из приведенных примеров (возможны другие виды дохода, не указанные в данном списке):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Пособие социального обеспечения; | <input type="checkbox"/> Льготы ветеранам или пенсионное обеспечение лиц, проходивших военную службу; | <input type="checkbox"/> Выигрыши в лотерею/от азартных игр; |
| <input type="checkbox"/> Вспомогательная социальная помощь (SSI)/Вспомогательная социальная помощь штата (SSP); | <input type="checkbox"/> Финансовая помощь (учебные гранты/ займы/стипендии); | <input type="checkbox"/> Помощь в оплате жилья/продуктов питания/одежды; |
| <input type="checkbox"/> Материальная помощь наличными; | <input type="checkbox"/> Подарки в виде денег; | <input type="checkbox"/> Страховые выплаты или правовые урегулирования; |
| <input type="checkbox"/> Льготы по программам CalWORKs/Временной помощи нуждающимся семьям/Общей помощи/Общей поддержки/Программа финансовой помощи иммигрантам; | <input type="checkbox"/> Страхование по безработице / Государственное Страхование от Нетрудоспособности (SDI); | <input type="checkbox"/> Частные выплаты по утрате трудоспособности или уходу на пенсию; |
| <input type="checkbox"/> Арендная плата за жилье (от арендодателя); | <input type="checkbox"/> Страхование от несчастного случая на производстве; | <input type="checkbox"/> Льготы для участников забастовки; |
| <input type="checkbox"/> Пенсия; | | <input type="checkbox"/> прочее _____ |
| <input type="checkbox"/> Алименты на содержание ребенка/ бывшей супруги; | | |
| <input type="checkbox"/> Пособие по утрате трудоспособности или уходу на пенсию от государства или управления железной дороги; | | |

Кто получает деньги?	Из каких источников?	В каком размере?	Как часто? (единовременно, еженедельно, ежемесячно, другое)	Ожидается ли дальнейшее получение доходов? (✓ отметьте «Да» или «Нет»)
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если дальнейшее получение данного вида доходов не ожидается, объясните причину:

8. Заработанный доход

Получает ли кто-либо из лиц, с кем вы приобретаете и готовите еду, доходы в результате трудовой деятельности (заработанные доходы)? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к вопросу 9.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы занимаетесь предпринимательством, ответьте на вопрос 8а.

Пожалуйста, предоставьте сведения обо всех своих доходах **до** уплаты налогов и прочих вычетов (валовой доход).

Примеры видов заработанного дохода (данные примеры могут относиться к полной занятости, временной, сезонной занятости, прохождению подготовки и другим видам, не перечисленным здесь):

- заработная плата
- комиссионные выплаты
- чаевые
- жалование
- выплаты за трудоустройство в рамках учебного заведения (студенты)

Имя и фамилия работающего лица	Наименование и адрес работодателя	Телефон работодателя	Часовая ставка	Среднее количество рабочих часов в неделю:	Как часто происходит оплата? (единовременно, еженедельно, ежемесячно, другое)	Итоговый валовой заработанный доход в этом месяце	Ожидается ли дальнейшее получение доходов? (✓ отметьте Да или Нет)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если дальнейшее получение данного вида доходов не ожидается, объясните причину:

Есть ли среди указанных лиц те, кто потерял работу, сменил работу, уволился с работы или уменьшил количество рабочих часов за последние 60 дней? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто?

ДАТА ПОТЕРИ РАБОТЫ, УВОЛЬНЕНИЯ ИЛИ СМЕНЫ МЕСТА РАБОТЫ

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ВЫПЛАТЫ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ

ПРИЧИНА?

Кто-либо участвует в забастовке? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто?

ДАТА НАЧАЛА ЗАБАСТОВКИ

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ВЫПЛАТЫ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ

ПРИЧИНА?

8а. Для лиц, занимающихся предпринимательством

Члены семьи, занимающиеся предпринимательством, могут производить вычет на основе действительных расходов на предпринимательство или на основе стандартного 40%-ного вычета из предпринимательского дохода. Если вы предпочитаете предоставить информацию о действительных расходах, вы должны предоставить Округу доказательств данных расходов.

Имя и фамилия лица, занимающегося предпринимательством	Дата начала ведения предпринимательской деятельности	Вид деятельности, наименование	Валовой месячный доход	Расходы на предпринимательство (✓ отметьте один пункт)
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная 40%-ная ставка <input type="checkbox"/> Действительные расходы, \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная 40%-ная ставка <input type="checkbox"/> Действительные расходы, \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная 40%-ная ставка <input type="checkbox"/> Действительные расходы, \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная 40%-ная ставка <input type="checkbox"/> Действительные расходы, \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная 40%-ная ставка <input type="checkbox"/> Действительные расходы, \$ _____

9. Расходы семьи на уход за ребенком/взрослым

Платите ли вы или кто-либо из лиц, с кем вы приобретаете и готовите еду, за уход за ребенком, нетрудоспособным взрослым или другим лицом на иждивении, чтобы вы или другой человек могли ходить на работу, в школу, на курсы или заниматься поиском работы?

(Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Кто получает уход?	Кто предоставляет уход? (имя и адрес)	Какая сумма выплачивается?	Как часто происходит оплата? (еженедельно/ ежемесячно, другое)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Кто-нибудь оказывает помощь вашей семье в виде полной или частичной оплаты расходов по уходу за ребенком/взрослым, перечисленных выше? Да Нет Если **да**, ответьте на следующие вопросы.

Кто получает уход?	Кто помогает в оплате?	Какая сумма выплачивается?	Как часто происходит оплата? (еженедельно/ ежемесячно, другое)
		\$	
		\$	

10. Выплата алиментов на ребенка

Обязаны ли вы или кто-либо из лиц, с кем вы приобретаете и готовите еду, в соответствии с постановлением суда выплачивать алименты на ребенка, включая алименты, выплачиваемые задним числом? Да Нет Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Кто выплачивает алименты?	Имя (имена) ребенка (детей), для которых выплачиваются алименты:	Какая сумма выплачивается?	Как часто происходит оплата? (еженедельно/ ежемесячно, другое)
		\$	
		\$	

11. Хозяйственные расходы

Отвечаете ли вы или кто-либо из лиц, с кем вы приобретаете и готовите еду, за какие-либо хозяйственные расходы? Да Нет Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

ПРИМЕЧАНИЕ. Не указывайте суммы, оплаченные в рамках содействия в жилищных вопросах или по 8-й программе. Оплата отопления, охлаждения, телефона и других коммунальных услуг, а также приюта для бездомных включены в содержание. Вам не нужно указывать действительную сумму задолженности.

Тип расходов	Имеется ли данный расход?	Кто производит оплату?	Сумма задолженности	Как часто выставляются счета? (еженедельно/ ежемесячно)
Аренда или плата за жилье	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	
Налоги на недвижимость и страховку (если счет выставляется отдельно от счетов за квартиру или ипотеку)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	
Газ, электроэнергия или другое топливо, используемое для отопления и охлаждения, например древесина или пропан (если счет выставляется отдельно от счетов за квартиру или ипотеку)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Телефон / мобильный телефон	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Расходы на приют для бездомных	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Водоснабжение, канализация, вывоз мусора	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Помогает ли кто-либо, <u>не</u> являющийся членом вашей семьи, оплачивать вышеописанные расходы? (Пожалуйста, отметьте одно) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , заполните.		Кто помогает в оплате?	В каком размере? \$	Как часто происходит оплата?

Ваша семья получает или ожидает ли получения выплат по Программе энергетической помощи для семей с низкими доходами (LIHEAP)? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

12. Медицинские расходы:

Являетесь ли вы или кто-либо из лиц, с кем вы приобретаете и готовите еду, **пожилым (60 лет и старше)** или **нетрудоспособным человеком**, который самостоятельно оплачивает некоторые медицинские расходы? Да Нет Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

ПРИМЕЧАНИЕ. Не включайте в список супругов или детей, получающих выплаты по программе SSI или получающих пособие по инвалидности и слепоте.

Приведите список расходов, ожидаемых в ближайшем будущем.

Допустимые медицинские расходы:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Медицинская или стоматологическая помощь | <input type="checkbox"/> Взносы по программе Medicare (доля затрат по программе Medi-Cal и т.д.) | <input type="checkbox"/> Стоимость транспортировки (расстояние или такса) и проживания, необходимых для получения медицинских услуг и лечения |
| <input type="checkbox"/> Госпитализация/амбулаторное лечение/уход за больным | <input type="checkbox"/> Зубные протезы, слуховые аппараты, протезы | <input type="checkbox"/> Прописанные очки и контактные линзы |
| <input type="checkbox"/> Прописанные медикаменты | <input type="checkbox"/> Содержание сиделки, необходимой ввиду возраста, болезни или недуга | <input type="checkbox"/> Прописанные медицинские принадлежности и оборудование |
| <input type="checkbox"/> Взносы по медицинской страховке и страховке на случай госпитализации | <input type="checkbox"/> Стоимость и количество предоставляемого сиделке питания | <input type="checkbox"/> Расходы на содержание служебных животных (питание, услуги ветеринара и т.д.) |
| | <input type="checkbox"/> Медикаменты, продаваемые без рецепта | |

Имя пожилого/ нетрудоспособного лица	Сумма расходов	Как часто происходит оплата? (ежемесячно, еженедельно, другое)	Тип расхода (предписанные медикаменты, зубные протезы, питание для сиделки и т.д.)	Получит ли семья возмещение медицинских расходов? (по программе Medi-Cal, по страховке, со стороны члена семьи и т.д.)
	\$			ЕСЛИ ДА , ТО ОТ КОГО: В КАКОМ РАЗМЕРЕ: \$
	\$			ЕСЛИ ДА , ТО ОТ КОГО: В КАКОМ РАЗМЕРЕ: \$
	\$			ЕСЛИ ДА , ТО ОТ КОГО: В КАКОМ РАЗМЕРЕ: \$
	\$			ЕСЛИ ДА , ТО ОТ КОГО: В КАКОМ РАЗМЕРЕ: \$

13. Получает ли кто-либо запрашивающий льготы, включая вас, питание из какого-либо источника, указанного ниже? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

- Центр общественного питания для пожилых/ нетрудоспособных
- Программа распределения продовольственных товаров, управляемая резервацией коренных американцев
- Другая программа предоставления питания

ЕСЛИ ДА , КТО?	ГДЕ?
ЕСЛИ ДА , КТО?	ГДЕ?

14. Проживает ли кто-либо запрашивающий льготы, включая вас, в каком-либо из мест, указанных ниже? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

- Приют для бездомных
- Учреждение для совместного проживания слепых/нетрудоспособных
- Убежище для женщин-жертв насилия
- Государственное социальное жилье
- Резервация коренных американцев
- Психиатрическая больница/лечебница
- Реабилитационный центр для лиц, страдающих от алкогольной и наркотической зависимости
- Больница
- Исправительное учреждение/место заключения (тюрьма)
- Центр по предоставлению долгосрочного ухода или Учреждение по уходу

Имя и фамилия	Наименование учреждения (центра, приюта и т.д.)	Ожидаемая дата возвращения (если применимо)

15. Есть ли среди лиц, проживающих с вами, люди в возрасте 60 лет и старше, неспособные самостоятельно приобретать и готовить еду по причине инвалидности? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, УКАЖИТЕ ИМЯ.

16. Имущество семьи

Есть ли у вас или кого-либо из лиц, с которыми вы приобретаете и готовите еду, финансовые ресурсы (наличные, деньги на счету в банке, депозитный сертификат, акции и облигации и т.д.) Да Нет Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Отметьте один или несколько пунктов:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Счет в банке/кредитном союзе (текущий счет) | <input type="checkbox"/> Депозитный счет денежного рынка | <input type="checkbox"/> Акции |
| <input type="checkbox"/> Счет в банке/кредитном союзе (сберегательный счет) | <input type="checkbox"/> Паевые инвестиционные фонды | <input type="checkbox"/> Облигации |
| <input type="checkbox"/> Индивидуальная сейфовая ячейка | <input type="checkbox"/> Депозитный сертификат (CD) | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Сберегательная(-ые) облигация(-и) | <input type="checkbox"/> Наличные | |

Если счет открыт совместно с другим лицом, сообщите об этом ниже.

Для каждого пункта, отмеченного выше, приведите следующую информацию.

Кому принадлежат данные средства?	Тип средств	Какой сумме эквивалентны данные средства?	Где хранятся средства? (укажите наименование банка или компании, где хранятся деньги)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

За последние 3 месяца, вы или кто-либо из членов вашей семьи, купил, продал или передал любые средства за последние три месяца? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

17. Дублирование льгот

Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за незаконное получение удвоенных льгот по программе SNAP (Программа продовольственной помощи, известная как CalFresh в Калифорнии) в любом из штатов после 22 сентября 1996 года? (Пожалуйста, отметьте одно)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

18. Торговля льготами

Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за торговлю (передачу в пользование или продаже карт EBT другим лицам) льготами SNAP на сумму \$500 или более после 22 сентября 1996 года? (Пожалуйста, отметьте одно)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

19. Обмен льгот на наркотики

Признавались ли вы или кто-либо из членов вашей семьи виновным за обмен льгот SNAP на наркотики после 22 сентября 1996 года? (Пожалуйста, отметьте одно)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

20. Обмен льгот на огнестрельное оружие или взрывчатые вещества

Признавались ли вы или кто-либо из членов вашей семьи виновным за обмен льгот SNAP на оружие и взрывчатые вещества после 22 сентября 1996 года? (Пожалуйста, отметьте одно)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

21. Уклонение от закона

Пытаетесь ли вы или кто-либо из членов вашей семьи избежать уголовного преследования, взятия под стражу, лишения свободы за совершенное преступление или попытку совершения преступления? (Пожалуйста, отметьте одно)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

22. Нарушение условно-досрочного освобождения / испытательного срока

Признавались ли вы или кто-либо из членов вашей семьи виновным в нарушении условий досрочного освобождения или испытательного срока, в соответствии с решением суда? (Пожалуйста, отметьте одно)

Да Нет

Если **да**, кто? _____

Место для дополнительных записей

Место для дополнительных записей

НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ – ТОЛЬКО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ АДМИНИСТРАЦИИ ОКРУГА**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