



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЙ ПО ПРОГРАММЕ CALFRESH

Если у вас инвалидность или вы нуждаетесь в помощи при подаче данного заявления, обратитесь в Управление социального обеспечения округа (далее – Округ) и вам обязательно помогут.

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

Как я могу подать заявление?

Используйте данную форму для подачи заявления только на получение пособий по программе CalFresh. CalFresh – это программа продовольственной помощи, которая поможет вам при покупке продуктов питания для членов вашей семьи. Если вы хотите подать заявление на получение пособий по программам, отличным от CalFresh, например CalWORKs или Medi-Cal, пожалуйста, попросите предоставить вам форму заявления на участие в других программах. Подать заявление на пособие CalFresh или другим программам можно также в режиме онлайн на сайте <http://www.benefitscal.org/>. Узнать, имеете ли вы право на получение пособия по данной программе, вы можете, посетив сайт <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- Если сможете, заполните форму заявления полностью. Для того, чтобы начать рассмотрение вашего заявления на получение пособий, 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 заявления на получение пособий. Если вы находитесь в каком-либо учреждении, датой начала рассмотрения считается день, уюгда вы покидаете данное учреждение.

Что я должен делать дальше?

- Ознакомьтесь с вашими правами и обязанностями, прочитав Правила программы (страницы 1 – 3) прежде чем подписывать заявление.
- Вы должны пройти собеседование с представителями администрации Округа и обсудить с ними ваше заявление. В большинстве случаев собеседование проходит по телефону, однако собеседование может быть проведено лично в здании администрации Округа или другом месте, согласованным с Округом. Если у вас инвалидность, могут быть приняты специальные меры для проведения собеседования.
- Если вы не смогли заполнить заявление полностью, вы не сможете это сделать в ходе собеседования.
- Вы будете должны предоставить подтверждение ваших доходов, расходов и наличия прочих обстоятельств, чтобы определить ваше право на получение пособия.

Сколько времени займет рассмотрение заявления?

Процедура рассмотрения заявления может занять до 30 дней. В отдельных случаях вы можете получить пособие в течение 3 календарных дней, если:

- Общий месячный доход вашей семьи (доход до вычетов) составляет менее чем \$150, а сумма имеющихся у вас наличных денег, а также средств на текущем и сберегательном счетах составляет \$100 или менее; или
- Жилищные расходы вашей семьи (оплата аренды/ипотеки и коммунальных услуг) превышают ее месячный доход без учета вычетов, 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 и 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 пособия в течение трех дней, пожалуйста, 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, будет ли предоставлено вашей семье пособие по программе CalFresh, или ваш запрос будет отклонен.

Информационная страница – пожалуйста, храните этот документ в вашем архиве.

Что мне необходимо для собеседования?

Во избежание задержек при рассмотрении вашего дела, принесите на собеседование нижеследующие подтверждающие документы. Вы должны пройти собеседование в назначенное время, даже если у вас нет подтверждающих документов. Округ может помочь вам в получении необходимых документов. 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 пособия по программе CalFresh, а также определить размер полагающегося вам пособия.

Подтверждающие документы, необходимые для получения пособия

- Удостоверение личности (водительское удостоверение, выданное штатом удостоверение личности, паспорт).
- Документы, подтверждающие место вашего проживания (договор об аренде, текущий счет с указанием вашего адреса).
- Номера Social Security (см. примечание о некоторых категориях лиц без гражданства).
- Наличие средств на банковских счетах для всех членов вашей семьи (последние банковские выписки со счета).
- Подтверждение заработанных доходов за последние 30 дней для каждого члена вашей семьи (последние квитанции о выдаче зарплаты, отчет работодателя о проделанной работе).

ПРИМЕЧАНИЕ: Лица, занимающиеся предпринимательством, должны предоставить документы о доходах, расходах или налоговую документацию.

- Подтверждение незаработанных доходов (пособие по безработице, выплаты по вспомогательной соцпрограмме SSI, льготы по программам соцобеспечения, ветеранские льготы, алименты на ребенка, компенсации работникам, гранты или займы на получение образования, доходы за счет аренды и т.д.).
- Подтверждение легального иммиграционного статуса **ТОЛЬКО** для тех лиц, которые подают заявление на получение льгот, не являясь гражданами (регистрационная карта иммигранта, виза)

ПРИМЕЧАНИЕ: некоторые лица, подающие заявление, не являясь гражданами, иммиграционный статус которых подразумевает, что они являются жертвами бытового насилия, уголовных преступлений или торговли людьми, возможно, могут не предоставлять данное подтверждение. Эти лица также, возможно, не обязаны предоставлять номер Social Security.

Как получить/пользоваться пособием по программе CalFresh?

- Округ вышлет вам по почте или передаст в руки пластиковую карточку электронного перевода продовольственных пособий (EBT). Пособия поступят на эту карточку, как только ваше заявление будет одобрено. При получении карты необходимо поставить на ней свою подпись. Вы должны будете создать личный идентификационный номер (PIN), чтобы пользоваться этой карточкой.
- Если ваша EBT карточка утеряна, украдена или повреждена, или же вы думаете, что постороннее лицо, не имеющее права пользоваться вашими пособиями, может знать ваш PIN – код, незамедлительно позвоните по телефону (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, а вы его не изменили, любые пособия, полученные с вашего счета, не будут возмещены.
- Вы можете пользоваться пособиями по программе CalFresh для покупки практически всех продуктов питания, а также семян и растений, необходимых для выращивания собственных продуктов питания. Вы не можете покупать алкоголь или табачные изделия, питание для животных, некоторые виды готовой еды или товары не относящиеся к продуктам питания (например, зубную пасту, мыло, бумажные полотенца).
- Пособия CalFresh принимаются к оплате в большинстве продовольственных магазинов и в других местах, где продаются продукты питания. Чтобы ознакомиться со списком учреждений, принимающих EBT карточки в вашем районе, посетите сайты: <https://www.ebt.ca.gov> или <https://www.snapfresh.org>.
- Пособия CalFresh предназначены для использования только вами и членами вашей семьи. Храните информацию о ваших пособиях в надежном месте. Не сообщайте никому свой PIN – код. Не храните ваш PIN – код вместе с вашей EBT карточкой.

Что делать, если у меня нет жилья?

Пожалуйста, 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 лица, не имеющие жилья - это те, кто:

- А. Проживает в специальном приюте, коммунальной 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 др. подобные места).

Информационная страница – пожалуйста, храните этот документ в вашем архиве.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Вы обязаны:

- Предоставить Округу всю информацию, необходимую для подтверждения вашего права на получение пособия.
- При необходимости предоставить Округу подтверждающие документы тех фактов, которые вы предъявляете.
- Сообщать об изменениях, согласно требованиям. Округ предоставит вам информацию о том, что должно содержаться в отчете, когда и в каком виде необходимо его подавать. Если из отчета видно, что вы не соответствуете требованиям, предъявляемым к вашей семье, то ваше дело будет закрыто, или же размер ваших пособий будет понижен, или полностью прекращен.
- 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 переоформления или расследования с целью подтверждения ваших прав и правильного определения размера полагающихся вам льгот. В случае отказа сотрудничать в ходе переоформления вашего дела, вы потеряете право на получение пособий.
- Полностью вернуть пособия CalFresh, на которые вы не имели права.

Вы имеете право:

- Подать заявление на участие в программе CalFresh, предоставив только ваше имя и фамилию, адрес и подпись.
- Воспользоваться услугами переводчика, предоставляемого Штатом бесплатно, при наличии такой необходимости.
- Требовать сохранения конфиденциальности предоставляемой Округу информации, если она напрямую не относится к выполнению программ Округа.
- Забрать свое заявление в любой момент до того, как Округ установит ваше право на получение льгот.
- Попросить помощь при заполнении заявления на программу CalFresh а также объяснения правил.
- Попросить помощь в получении необходимых подтверждающих документов.
- Получать вежливое, уважительное и внимательное отношение, без дискриминации со стороны сотрудников.
- Получить пособия 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 по крайней мере 10 дней для предоставления Округу подтверждающих документов, необходимых для определения вашего права на льготы.
- Получить письменное уведомление по крайней мере за 10 дней до того, как Округ уменьшит размер или полностью остановит предоставление помощи по программе CalFresh.
- Обсуждать ход вашего дела с представителями Округа и пересматривать ваше дело по вашему требованию.
- Запрашивать слушание дела на уровне штата в течение 90 дней, если вы не согласны с решением Округа по вашему CalFresh делу. Если вы запрашиваете слушание до принятия решений по вашему CalFresh делу, ваши пособия по программе CalFresh будут оставаться прежними до начала слушания или до конца срока действия ваших прав, в зависимости от того, что наступит первым. Вы можете запрашивать об изменении размера ваших пособий до момента окончания слушаний, чтобы избежать возврата переплаченных пособий. Если судья по административным делам вынесет решение в вашу пользу, округ обязуется вернуть вам все отмененные или сокращенные пособия.
- Узнать подробнее о ваших правах на слушание или о бесплатных юридических услугах вы можете по бесплатному номеру телефона – **1-800-952-5253**, а для лиц с нарушениями слуха или речи – по номеру **1-800-952-8349**. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь, обратившись в местное отделение по оказанию бесплатной юридической помощи или отделение социального обеспечения.
- Пригласите друга или кого-либо на слушание, если вы не хотите участвовать в нем в одиночку.
- Получить помощь от Округа при регистрации для голосования.
- Сообщать об изменениях, о которых вы не обязаны сообщать, если это может увеличить размер ваших пособий по программе CalFresh.
- Предоставлять подтверждение о расходах вашей семьи, которые могут способствовать увеличению размеров пособия CalFresh. Непредоставление подтверждающих документов Округу приравнивается к заявлению о том, что ваша семья не имеет расходов и вы не сможете претендовать на получение дополнительной помощи по программе CalFresh.
- Ставить Округ в известность о том, что вы хотели бы предоставить право третьему лицу пользоваться вашими пособиями CalFresh в интересах членов вашей семьи, или в случае, если вам нужна помощь с вашим делом по программе CalFresh (Уполномоченный представитель).

Пожалуйста, храните этот документ в вашем архиве

Правила программы и санкции

Если вы предоставляете искаженную или ложную информацию или скрываете часть информации с целью получения пособий по программе CalFresh, на которую вы не имеете права, или оказываете содействие третьему лицу в получении пособий, на которые они не имеют права, то вы совершаете преступление. Вы должны будете вернуть все пособия, полученные вами неправомерно.

Мне известно, что если я...	Я могу...
Преднамеренно нарушу правила программы путем: <ul style="list-style-type: none">• сокрытия информации или предоставления заведомо ложной информации• использования карточек электронного перевода пособий (ЕВТ), принадлежащих другим лицам или передачи собственной карточки для использования третьим лицом• использования пособий CalFresh для покупки алкогольных и табачных изделий• покупки, продажи или передачи пособий CalFresh или карточки ЕВТ	<ul style="list-style-type: none">• потерять право на получение пособий по программе CalFresh на 12 месяцев за первое нарушение и буду обязан вернуть все переплаченные мне пособия CalFresh• потерять право на получение пособий по программе CalFresh на 24 месяца за второе нарушение и буду обязан вернуть все переплаченные мне пособия CalFresh• навсегда потерять право на получение пособий CalFresh за третье нарушение и буду обязан вернуть все переплаченные мне пособия по CalFresh• быть оштрафован в размере \$250 000, получить наказание в виде лишения свободы на срок до 20 лет или получить оба наказания одновременно
<ul style="list-style-type: none">• использования пособий CalFresh для получения психоактивных веществ, например, наркотических	<ul style="list-style-type: none">• потерять право на получение пособий CalFresh на 24 месяца за первое нарушение• навсегда потерять право на получение пособий CalFresh за второе нарушение.
<ul style="list-style-type: none">• предоставления заведомо ложной информации о своей личности или адресе с целью получения дополнительных пособий CalFresh	<ul style="list-style-type: none">• потерять право на получение пособий по программе CalFresh на 10 лет за каждое нарушение
<ul style="list-style-type: none">• признания меня виновным в покупке или продаже пособий CalFresh на сумму более \$500 или продаже пособий CalFresh для получения огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ	<ul style="list-style-type: none">• навсегда потерять право на получение пособий по программе CalFresh

Важная информация для лиц, не имеющих гражданства

- Вы можете подать заявление на получение пособия по программе CalFresh для членов семьи, имеющих на это право, даже если среди членов семьи есть те, кто не имеет права на получение пособия. 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 пособий, даже если родители, возможно, не имеют права на получение льгот.
- Получение пособий на питание никак не отразится на иммиграционном статусе вас лично и вашей семьи. Информация об иммиграционном статусе является личной и конфиденциальной.
- Иммиграционный статус заявителей, не являющихся гражданами, но имеющих право на получение пособий, подлежит проверке в Службе США по вопросам гражданства и иммиграции (USCIS). Согласно федеральному законодательству, USCIS может использовать полученную информацию только в случаях мошенничества.

Отказ от предоставления сведений

Вы не обязаны предоставлять информацию об иммиграционном статусе, номер Social Security или документы члена(ов) семьи, не имеющих гражданства и не подающих заявление на получение пособий по программе CalFresh. Округу потребуются информация об их доходах и собственности для точного определения размеров льгот, полагающихся вашей семье. Округ не будет сообщать USCIS о лицах, не подающих заявлений на получение пособий по программе CalFresh.

Использование номеров Social Security (SSN)

Каждый подающий заявление на получение льгот по программе CalFresh должен предоставить номер Social Security (SSN), при наличии такового, либо подтверждающие документы о подаче заявления на получение SSN (например, письмо из Отделения социальной защиты - Social Security Office). Округ вправе отказать в предоставлении пособий по программе CalFresh вам или любому из членов вашей семьи при отсутствии информации о номере Social Security. Некоторые лица не обязаны предоставлять SSN, как, например, жертвы домашнего насилия, свидетели обвинения по уголовным делам, жертвы торговли людьми.

Переплата пособий

Это означает, что вы по какой-то причине получили пособий по CalFresh больше, чем вам полагается. Вы должны будете вернуть неправомерно полученные пособия, даже если это произошло по вине Округа или было сделано непреднамеренно. Размер получаемых вами пособий может быть снижен, или предоставление пособий может быть приостановлено. Ваш SSN может быть использован для возвращения неправомерно полученных льгот по решению суда, с помощью агентства по сбору задолженностей или с помощью мероприятий по сбору задолженностей, проводимых федеральным правительством.

Отчетность

Каждая семья, получающая пособия по программе CalFresh, должна предоставлять информацию об определенных изменениях. Представители Округа предоставят вам информацию о том, что должно содержаться в отчете, когда и в каком виде необходимо его подавать. Непредоставление отчета об изменениях может привести к снижению или приостановлению получаемых вами пособий CalFresh. Вы также можете предоставить сведения о тех изменениях, которые могут способствовать увеличению размера предоставляемых вам пособий, например, сведения об уменьшении доходов.

Слушания на уровне штата

Вы имеете право на проведение слушаний на уровне штата если вы не согласны с решением Округа относительно вашего заявления или получаемых вами пособий. Вы можете ходатайствовать о проведении слушаний на уровне штата в течение 90 дней с момента начала предпринятых Округом действий, а также вы должны указать по какой причине вам необходимы слушания. Информация о том, как запрашивать слушания на уровне Штата будет указана в уведомлении об утверждении или отказе, которое вы получите из Округа. Если вы запрашиваете слушания до того как будут предприняты какие-либо действия, вы, возможно, сможете сохранить размер ваших пособий по программе CalFresh до принятия решения по вашему делу.

Запрет на дискриминацию

В штате и Округе действует политика, согласно которой отношение ко всем людям должно быть одинаковым и уважительным. В соответствии с федеральным законодательством и принципами Управления Сельского Хозяйста США (U.S. Department of Agriculture - USDA), дискриминация на почве этнической, расовой и половой принадлежности, цвета кожи, религии, возраста, политических убеждений и инвалидности, строго запрещена.

Чтобы подать жалобу о дискриминации, вы можете связаться с координатором по гражданским правам в вашем округе, либо написать или позвонить в USDA или Управление социального обеспечения штата Калифорния (CDSS):

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave. S.W.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (voice and TDD)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (Toll Free)

Управление Сельского Хозяйста США (USDA) является организацией, предоставляющей равные возможности для трудоустройства.

Закон о конфиденциальности личной информации и ее предоставлении

В данном заявлении вы предоставляете личную информацию. Округ использует полученную информацию для определения ваших прав на получение пособий. Если вы не предоставляете данную информацию, Округ вправе отклонить ваше заявление, Вы имеете право пересмотреть, изменить или исправить любую информацию, предоставляемую Округу. Округ не имеет права предоставлять или передавать вашу личную информацию другим лицам, кроме случаев, когда вы предоставляете им на это право, и когда Округ имеет на это право согласно федеральным законам и законам штата. Округ проведет проверку данной информации на достоверность с помощью компьютерных программ, включая Систему проверки доходов (Income and Earnings Verification System - IEVS). Данная информация будет использована для осуществления контроля соответствия требованиям программы и для управления программой. Округ имеет право передавать данную информацию другим федеральным структурам и ведомствам штата для проведения официальной проверки, а также представителям правоохранительных органов для задержания лиц, уклоняющихся от правосудия и частным агентствам-коллекторам для сбора задолженностей по искам. Округ имеет право проверить иммиграционный статус членов семьи, подающих заявление на получение пособий, обратившись в USCIS. Информация, полученная Округом от этих агентств, может повлиять на определение вашего права на получение Пособий и их размер.

Пересмотр дела

Ваше дело может быть отобрано для дополнительного пересмотра с целью подтверждения ваших прав и правильного определения размера полагающихся вам пособий. 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 пособий.

Правила по трудоустройству для программы CalFresh

Округ имеет право направить вас для участия 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 мероприятия, размер предоставляемых вам пособий может быть сокращен, или их выплата будет прекращена.

Если вы недавно уволились с работы по собственному желанию, вы, возможно, не будете иметь права на получение пособий по программе CalFresh.

Использование ЕВТ карточки

Любые пособия, изъятые с вашего счета до того как вы, или другой член вашей семьи или ваш уполномоченный представитель сообщит об утере или краже ЕВТ карточки или PIN-кода, **не** будут возмещены.

Любое использование вашей ЕВТ карточки вами, членом вашей семьи, вашим уполномоченным представителем или иным лицом, которому вы добровольно передали вашу ЕВТ карточку и PIN-код, будет рассматриваться как ваше разрешение и любые пособия, снятые с вашего счета в результате такого действия, **не** будут возмещены.

Если вы не сообщите о том, что постороннее лицо, которому вы не давали разрешения распоряжаться вашими пособиями, получило ваш PIN-код, а вы не изменили ваш PIN-код, то пособия, полученные с вашего счета **не** будут возвращены.

ПРИМЕЧАНИЯ

Пожалуйста, используйте черные или синие чернила, так как они лучше всего видны при чтении и копировании. Заполняйте анкету печатными буквами. Если вам нужно больше места для ответа на вопрос(ы), используйте раздел «Место для дополнительных записей» на странице 10 и при необходимости приложите дополнительные листы бумаги для изложения информации. Пожалуйста, убедитесь в том, что вы указали надополнительных листах номера вопросов, ответы на которые вы предоставляете.

1. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ДРУГИЕ ИМЕНА (ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ, ПРОЗВИЩА И Т.Д.)	НОМЕР SOCIAL SECURITY (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ, И ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЙ)	
ДОМАШНИЙ АДРЕС ИЛИ ОПИСАНИЕ МЕСТОНАХОЖДЕНИЯ ВАШЕГО ДОМА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ УКАЗАННОГО ВЫШЕ)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ		
РАБОЧИЙ/ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН/ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	Я хочу получать сообщения о ходе рассмотрения моего дела по электронной почте.		Да Нет

Являетесь ли вы бездомным? Да Нет Если **да**, пожалуйста, 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 у вас потерян слух или у вас проблемы со слухом, пожалуйста, отметьте здесь.

Имеется ли у вас инвалидность, и необходима ли вам помощь при подаче заявления?	Да	Нет
Заинтересованы ли вы в подаче заявления на участие в программе Medi-Cal? Если ваш ответ да Округ использует ваши ответы для определения вашего права на получение льгот по программе Medi-Cal.	Да	Нет
Составляет ли месячный доход вашей семьи до вычетов сумму меньше чем \$150, а сумма наличных денег или средств на текущем и сберегательном счетах - \$100 или меньше?	Да	Нет
Является ли сумма общего месячного дохода вашей семьи до вычетов и наличных денег или средств на текущем и сберегательном счетах меньше, чем сумма выплат за аренду/ипотеку и коммунальные услуги?	Да	Нет
Является ли ваша семья семьей мигранта/сезонного работника на ферме, чьи наличные средства не превышают \$100 и вы либо больше не получаете доход, либо начали получать, но ожидаете, что этот доход не превысит \$25 в течение последующих 10 дней?	Да	Нет

Я понимаю, что, подписывая данное заявление под угрозой ответственности 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 мои ответы на вопросы являются достоверными и содержат все, что мне известно.
- Все мои ответы на вопросы, которые я дам в процессе оформления моего заявления, будут достоверными и будут содержать все, что мне известно.
- Я прочел или мне прочли, и я понял и согласен с Правами и Обязанностями (Правила программы, страница 1) программы CalFresh.
- Я прочел или мне прочли Правила и санкции программы CalFresh (Правила программы, страницы 2 – 3).
- Мне известно, что предоставляя заведомо ложную и вводящую в заблуждение информацию, искажая, скрывая или не предоставляя факты, необходимые для установления прав на получение пособий CalFresh, я совершаю мошенничество. Мошенничество может повлечь за собой возбуждение уголовного дела, и я могу потерять право на получение пособий по программе CalFresh на некоторый срок или окончательно.
- Мне известно, что номера Social Security или информация об иммиграционном статусе членов семьи, подающих заявление на получение пособий, могут быть переданы в определенные государственные структуры, согласно требованиям федерального законодательства.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ(ИЛИВЗРОСЛОГО 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 18 лет или старше для оказания помощи вашей семье в получении пособий по программе CalFresh. Данное лицо может участвовать в собеседовании от вашего имени, помогать в заполнении форм, делать для вас покупки, докладывать вместо вас о всех изменениях. Вы будете обязаны вернуть пособия, полученные вами по ошибке из-за информации, предоставленной этим лицом Округу, а пособия, потраченные этим лицом без вашего разрешения, не будут возвращены. Если вы являетесь Уполномоченным представителем, вам потребуются предоставить Округу ваше удостоверение личности и удостоверение личности заявителя.

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

Если **да**, заполните следующий раздел:

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

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

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 пособия предоставляются вне зависимости от расы, цвета кожи и национальности заявителей. Ваши ответы на нижеследующие вопросы не повлияют на ваше право на пособия, а также 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	Если вы являетесь латиноамериканцем, причисляете ли вы себя к :					
	Являетесь ли вы латиноамериканцем ?	Да	Нет	Мексиканцам	Пуэрториканцам	Кубинцам
				Другое_		

РАСОВОЕ/ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ

Белый Коренной американец или уроженец Аляски Черный или Афроамериканец Другое или Смешанное _

Азиат (если вы отметили этот пункт, пожайдуйста, отметьте также один из следующих):

Филипинец 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 один или более из следующего):

Уроженец Гавайских островов Гуамец или Чаморро Самоанец

4. ВЫБОР ВИДА СОБЕСЕДОВАНИЯ

Вам или другому взрослому члену вашей семьи потребуются пройти собеседование с представителем Округа для обсуждения вашего заявления и получения пособий по программе CalFresh. Как правило, собеседование для участия в программе CalFresh проходит 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.

Пожалуйста, укажите информацию о предпочтительной дате и времени проведения собеседования:

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

Время: До обеда После обеда Вечером В любое время

5. ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ

Получал ли кто-либо из членов вашей семьи когда-либо социальную помощь (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям, Медикал, программа помощи обеспечения продуктами [CalFresh], Общая помощь (GA)/Финансовая помощь (GR), и т.д.)? Да Нет

ЕСЛИ ДА , КТО?	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?
-----------------------	-------------------

ЕСЛИ ДА , КТО?	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?
-----------------------	-------------------

6а. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Предоставьте следующую информацию о 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 Social Security для членов семьи, не претендующих на получение льгот, не обязательно. Вы должны ответить на следующие вопросы о каждом, кто претендует на пособия.

ПРЕТЕНДУЕТ ЛИ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЙ (✓отметьте Да или Нет)	ПОЛНОЕ ИМЯ (Фамилия, имя, инициал отчества)	Кем данное лицо приходится вам ?	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ (М или Ж)	ГРАЖДАНИН США или ПОДДАННЫЙ (✓отметьте Да или Нет) Если нет, Ответьте на вопрос 6b ниже	HOMEER SOCIAL SECURITY
Да Нет		Я САМ(А)			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Да Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Да Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Да Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Да Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

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

6б. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦАХ, НЕ ИМЕЮЩИХ ГРАЖДАНСТВА США – предоставьте информацию о лицах, упомянутых выше в вопросе 6а, не являющихся гражданами США и подающих заявление на пособия.

Имя	Дата въезда в США (если известна)	Предоставьте ответ на один из следующих вопросов (если известно): Номер паспорта, номер регистрационной карты иммигранта и т.п.	Имеете ли вы спонсора? (✓отметьте Да или Нет) Если Да, ниже ответьте на вопрос 6с:
		ТИП ДОКУМЕНТА:_ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _	Да Нет
		ТИП ДОКУМЕНТА НОМЕР ДОКУМЕНТА: _	Да Нет
		ТИП ДОКУМЕНТА:_ НОМЕР ДОКУМЕНТА: _	Да Нет

Имеет ли кто-либо из вышеперечисленных лиц трудовой стаж или службу в Вооруженных силах США не менее 10 лет (40 кварталов)?

Да Нет

Если да, кто?_

Есть ли среди перечисленных выше лицо имеющее или подавшее заявление на получение визы класса Т или U, либо по петиции Закона о предотвращении насилия над женщинами (VAWA)?

Да Нет

Если да, кто?_

6с. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦАХ, НЕ ИМЕЮЩИХ ГРАЖДАНСТВА И ПОЛУЧАЮЩИХ ФИНАНСОВУЮ ПОДДЕРЖКУ ОТ СПОНСОРА – предоставьте информацию о лицах, упомянутых в вопросе 6б, не являющихся гражданами США, получающих финансовую поддержку от стороны спонсора и подающих заявление на получение пособий.

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

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

Регулярно ли спонсор предоставляет финансовую помощь для оплаты (отметьте все что подходит):
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

Если **да**, ответьте, пожалуйста, на данный вопрос.

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

Имя	Наименование учебного заведения/курсов	Статус зачисленного лица (✓ отметьте один пункт)	Работает ли данное лицо?
		Посещает половину занятий или больше Посещает менее половины занятий Количество юнитов: _	Среднее количество рабочих часов в неделю: _
		Посещает половину занятий или больше Посещает менее половины занятий Количество юнитов: _	Среднее количество рабочих часов в неделю: _

6e. Есть ли в вашей семье приемный ребенок? Да Нет Если **да**, кто? _

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы об этом ребенке (детях):

Данный ребенок (дети) проживает в вашей семье по постановлению суда? Да Нет

Хотите ли вы, чтобы приемный(е) ребенок (дети) учитывался(ись) при рассмотрении вашего дела по участию в программе CalFresh? Да Нет

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.

7. Незаработанный доход

Получает ли кто-либо из лиц, с кем вы приобретаете и готовите еду, незаработанные доходы? Да Нет

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

Отметьте все типы получаемого незаработанного дохода из приведенных примеров (некоторые могут быть не указаны в данном списке):

Социальное страхование SSI/SSP	Пособия ветеранам или военная пенсия	Выигрыши в лотерею/ азартные игры
Финансовая помощь	Финансовая помощь (учебные гранты/кредиты/стипендии)	Помощь в оплате жилья /продуктов питания/одежды
CalWORKs/TANF/GA/GR/CAP	Подарки в виде денег	Страховые выплаты и прочие законные выплаты
Пансион с питанием (от вашего арендатора)	Страхование по безработице/	Частные выплаты по инвалидности или пенсии
Пенсия	Страховка штата по инвалидности (SDI)	Льготы для участников забастовки
Алименты на ребенка/супругу(а)	Компенсация от несчастного случая на производстве	Прочее_
Государственная/железнодорожная инвалидность или пенсия		

Кто получает деньги?	Из каких источников?	В каком размере?	Как часто? (единовременно, еженедельно, ежемесячно, или другое)	Ожидается ли дальнейшее получение доходов? (✓отметьте «ДА» или «НЕТ»)
		\$		Да Нет
		\$		Да Нет
		\$		Да Нет
		\$		Да Нет

Если дальнейшего получение 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 Да Нет
(заработанные доходы)?

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 (доход до вычетов).

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

- Зарплата
- Комиссионные выплаты
- Чаевые
- Жалование
- Работа по месту учебы (студентам)

Имя и фамилия работающего лица	Наименование и адрес работодателя	Телефон работодателя	Часовая ставка	Среднее количество рабочих часов в неделю	Как часто происходит оплата? (еженедельно, ежемесячно, другое)	Общий доход до вычетов, заработанный в этом месяце	Ожидаете ли продолжать получать доходы? (✓ Отметьте Да или Нет)
			\$			\$	Да Нет
			\$			\$	Да Нет
			\$			\$	Да Нет
			\$			\$	Да Нет

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

Есть ли среди указанных лиц те, кто потерял или сменил работу, уволился или уменьшил количество рабочих часов за последние 60 дней? Да Нет

ЕСЛИ ДА , КТО?	ДАТА ПОТЕРИ РАБОТЫ, УВОЛЬНЕНИЯ ИЛИ СМЕНЫ МЕСТА РАБОТЫ	ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ВЫПЛАТЫ ЗАРПЛАТЫ
ПРИЧИНА?		

Участвует ли кто-либо в забастовке? Да Нет

ЕСЛИ ДА , КТО?	ДАТА НАЧАЛА ЗАБАСТОВКИ	ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ВЫПЛАТЫ ЗАРПЛАТЫ
ПРИЧИНА?		

8а. Лица, занимающиеся предпринимательством

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

Имя и фамилия лица, занимающегося предпринимательством	Дата начала ведения предпринимательской деятельности	Вид деятельности, наименование	Месячный доход до вычетов	Предпринимательские расходы (✓ отметьте один пункт)
			\$	Стандартная 40% ставка Действительные расходы \$ _
			\$	Стандартная 40% ставка Действительные расходы \$ _
			\$	Стандартная 40% ставка Действительные расходы \$ _
			\$	Стандартная 40% ставка Действительные расходы \$ _
			\$	Стандартная 40% ставка 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, находящимся на иждивении, чтобы вы или другой человек могли ходить на работу, в школу, на курсы или заниматься поиском работы? Да Нет

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

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

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

Кто получает уход?	Кто оказывает помощь в оплате?	Выплачиваемая сумма?	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 ретро-выплаты по алиментам? Да Нет Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Кто выплачивает алименты?	Имя ребенка (детей), которым выплачиваются алименты:	Выплачиваемая сумма?	Как часто происходит оплата? (еженедельно/ежемесячно, другое)
		\$	
		\$	

11. Хозяйственные расходы

Имеете ли вы или кто-либо из лиц, с кем вы приобретаете и готовите еду, 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 Министерством жилищного хозяйства и городского развития или по 8-й программе. Оплата отопления, охлаждения, телефона и других коммунальных услуг, а также приюта для бездомных включены в содержание и вам не нужно указывать действительную сумму задолженности.

Тип расходов	Имеется ли данный расход?	Кто оплачивает?	Сумма задолженности	Как часто выставляются счета? (еженедельно/месячно)
Аренда или плата за дом	Да Нет		\$	
Налоги на владение недвижимостью и страхование жилья(если счет выставляется отдельно от счетов за	Да Нет		\$	
Газ, электроэнергия или другое топливо, используемое для отопления и охлаждения, например древесина или пропан (если счет не включен в оплату за квартиру и ипотеку)	Да Нет			
Телефон/мобильный телефон	Да Нет			
Расходы на приют для бездомных	Да Нет			
Водоснабжение, канализация, вывоз мусора	Да Нет			
Помогает ли кто-либо, не являющийся членом вашей семьи, оплачивать указанные выше расходы? Да Нет Если да , заполните.		Кто помогает?	В каком размере? \$	Как часто происходит оплата?

Получает ли ваша семья или же ожидает получение выплат по Программе помощи оплаты за энергию семьям с низкими доходами (LINEAP)? Да Нет

12. Медицинские расходы:

Являетесь ли вы или кто-либо из лиц, с кем вы приобретаете и готовите еду, пожилым лицом (60 лет и старше) или лицом, имеющим инвалидность, которое 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 потере зрения.

Приведите список расходов, ожидаемых в ближайшем будущем.

Допустимые медицинские расходы:

Медицинская или стоматологическая помощь
 Госпитализация/амбулаторное лечение/уход за больным
 Прописанные медикаменты
 Взносы медицинского страхования и страхования на случай госпитализации

Взносы по программе Medicare (долевое участие в оплате расходов по Medi-Cal и т.д.)
 Стоматологическое протезирование, слуховые аппараты и общее протезирование
 Содержание сиделки, необходимой по причине возраста, болезни или недуга
 Количество предоставляемого сиделке питания и его стоимость
 Медикаменты, продаваемые без рецепта

Стоимость транспортировки (расстояние или такса) и проживания, необходимых для получения медуслуг и лечения
 Прописанные очки и контактные линзы
 Прописанные медицинские принадлежности и оборудование
 Расходы на содержание служебных животных (питание, услуги ветеринара и т.д.)

Имя и фамилия лица преклонного возраста/имеющего инвалидность	Сумма расходов	Как часто происходит оплата? (ежемесячно, еженедельно, другое)	Тип расхода? (предписанные медикаменты, стоматологическое протезирование, питание для сиделки)	Получит ли семья возмещение медицинских расходов? (по программе Medi-Cal, по страховке, со стороны члена семьи 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 из подающих заявление на пособия, включая вас, питание из какого-либо источника, указанного ниже?

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

- Центр общественного питания для пожилых/нетрудоспособных лиц
- Программа распределения продуктов, управляемая резервацией коренных американцев
- Другие программы предоставления питания

Если да , кто?	ГДЕ?
Если да , кто?	ГДЕ?

14. Проживает ли кто-либо из подающих заявление на пособия, включая вас, в каком-либо из мест, указанных ниже?

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

- Приют для бездомных
- Общежитие для женщин – жертв насилия
- Резервация коренных американцев
- Реабилитационный центр для лиц, страдающих от алкогольной/нарко зависимости
- Исправительное учреждение/место заключения (тюрьма или колония)
- Общежитие для слепых/ инвалидов
- Государственное социальное жилье
- Психиатрическая больница/лечебница
- Больница
- Центр по предоставлению долгосрочного ухода или учреждение по уходу

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

Есть ли кто-нибудь среди лиц, проживающих с вами, включая вас, в возрасте 60 лет и старше, неспособные самостоятельно покупать продукты и готовить пищу отдельно? **Да** **Нет**

Если **да**, то кто?

16. Имущество семьи

Обладаете ли вы или кто-либо из лиц, с которыми вы приобретаете и готовите еду, какими-либо финансовыми ресурсами (наличные, деньги на счету в банке, депозитные сертификаты, акции, облигации и т.д.)? Да Нет
Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, переходите к следующему вопросу.

Отметьте соответствующие вашей ситуации пункты:

Счет в банке/кредитном союзе (текущий)	Счет Деннежного рынка	Stocks
Счет в банке/кредитном союзе (Сберегательный)	Паевые инвест.фонды	Bonds
Индивидуальная сейфовая ячейка	Депозитные сертификаты (CD)	Other: _____
Сберегательная (-ые) облигация(-ии)	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 соответствуют данные средства?	Где хранятся средства? (укажите наименование банка или компании, где хранятся деньги)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

За последние три месяца кто-либо из вашей семьи купил ли, продал или передал какие-либо средства? Да Нет

17. Дублирование пособий

Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за незаконное получение удвоенных сумм пособий по программе SNAP (федеральная программа продовольственной помощи, известная в Калифорнии как CalFresh) в любом из штатов после 22 ссентября 1996г.? Да Нет
Если **да**, то кто? _

18. Спекуляция пособиями

Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за торговлю (передачу в пользование или продажу карт EBT другим лицам) пособиями SNAP на сумму \$500 или более после 22 сентября 1996г.? Да Нет
Если **да**, то кто? _

19. Обмен пособий на наркотики

Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи признаны виновным за обмен пособий SNAP на наркотики после 22 сентября 1996г.? Да Нет
Если **да**, то кто? _

20. Обмен пособий на оружие и взрывчатые вещества

Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи признаны виновным за обмен пособий SNAP на оружие, военное обмундирование и взрывчатые вещества после 22 сентября 1996г.? Да Нет
Если **да**, то 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? Если **да**, то кто? _ Да Нет

22. Нарушение условий досрочного освобождения/освобождения под залог

Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи признаны по решению суда виновным в нарушении условий досрочного освобождения или освобождения под залог? Да Нет
Если **да**, то кто? _

МЕСТО ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

МЕСТО ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

DO NOT COMPLETE - COUNTY USE ONLY

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

МЕСТО ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ