

ЗАПРОС НА ЛЬГОТЫ ПРОГРАММЫ CALFRESH В СЛУЧАЕ БЕДСТВИЯ

COUNTY USE ONLY (Для служебного пользования)	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

Период получения льгот при бедствии: с _____ по _____

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ - ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧТИТЕ

ВАШИ ПРАВА В КАЧЕСТВЕ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ПОЛУЧАТЕЛЯ:

- Получать льготы без учета расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, политических убеждений, пола, инвалидности, возраста, а также подать жалобу, если вы считаете, что подверглись дискриминации.
- Получить льготы CalFresh, в случае бедствия, в течение одного-трех календарных дней с даты подачи заявления, если вы имеете на них право.
- Обсудить какие-либо действия в отношении вашего дела в окружном Департаменте социального обеспечения и просить слушание вашего дела в течение 90 дней с момента утверждения или отклонения заявки.
- Незамедлительное рассмотрение вашего дела начальником отдела, если ваше заявление будет отклонено.
- Подать жалобу или запросить слушание вашего дела администрацией штата написав в ваш Департамент социального обеспечения округа, либо позвонив по бесплатному номеру телефона 1-800-952-5253. Бесплатный номер телефона для глухих (TDD): 1-800-952-8349.
- Представить себя на слушании или быть представленным членом семьи, другом, адвокатом, или любым другим лицом.
- Попросить другого члена вашей семьи или другого взрослого человека, который знает вас, заполнить эту анкету. Если она заполнена совершеннолетним, который не является членом вашей семьи, приложить письменное разрешение подписанное главой семьи или другого взрослого члена семьи.

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ В КАЧЕСТВЕ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ПОЛУЧАТЕЛЯ:

- Отвечать на вопросы правдиво и полно, насколько это возможно. Если вы откажетесь от предоставления любой необходимой информации, вы не получите льготы CalFresh в случае бедствия.
- Во время собеседования, вы должны подтвердить подлинность главы семьи, личность лица, заполнившего анкету и, если возможно, доказательство проживания семьи и / или рабочего адреса во время бедствия.
- Вы должны сотрудничать с работниками округа, штата и федерации, если вы будете выбраны для пересмотра дела после периода бедствия.

- Вы можете уполномочить кого-либо для получения или использования льгот CalFresh в случае бедствия. Если вы хотели бы уполномочить кого-либо, заполните информацию ниже:

ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
-----------------------------------	----------------

АДРЕС, ВКЛЮЧАЯ ГОРОД И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

- ТОЛЬКО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КАРТОЧКИ ЕВТ ПОЛУЧЕНИЕ КАРТОЧКИ ЕВТ ДЛЯ ПОКУПКИ ЕДЫ ДЛЯ СЕМЬИ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗАНИИ!!

ЕСЛИ ВАША СЕМЕЙНАЯ ГРУППА ПОЛУЧАЕТ ЛЬГОТЫ CALFRESH ИЗ-ЗА БЕДСТВИЯ, ВЫ ДОЛЖНЫ ВЫПОЛНЯТЬ ПРАВИЛА, УКАЗАННЫЕ НИЖЕ. НЕПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ИЛИ ИСКАЖЕНИЕ ФАКТОВ МОЖЕТ ПОВЛЕЧЬ ЗА СОБОЙ СУДЕБНОЕ ПРЕСЛЕДОВАНИЕ В ВИДЕ ШТРАФА, ТЮРЕМНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ИЛИ ОБОИХ НАКАЗАНИЙ ВМЕСТЕ. НАКАЗАНИЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ДИСКВАЛИФИКАЦИИ ИЗ ПРОГРАММЫ, ШТРАФУ В РАЗМЕРЕ ДО \$ 250,000 ИЛИ ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ НА СРОК ДО 20 ЛЕТ. ДИСКВАЛИФИКАЦИОННЫЕ НАКАЗАНИЯ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ 12 МЕСЯЦЕВ ЗА ПЕРВОЕ НАРУШЕНИЕ, 24 МЕСЯЦЕВ ЗА ВТОРОЕ НАРУШЕНИЕ И ПОСТОЯННУЮ ДИСКВАЛИФИКАЦИЮ ЗА ТРЕТЬЕ НАРУШЕНИЕ.

- Не предоставляйте ложную информацию и не скрывайте информацию, чтобы получить льготы CalFresh в случае бедствия.
- Не обменивайте и не продавайте ваши льготы CalFresh в случае бедствия, или любое другое выданное средство.
- Не изменяйте вашу карточку ЕВТ или любое другое выданное средство для получения льгот CalFresh в случае бедствия, на которые вы не имеете право.
- Не используйте льготы CalFresh в случае бедствия, для покупки неразрешенных вещей, как например алкогольные напитки и табачные изделия.
- Не используйте чужую карточку ЕВТ или любое другое выданное средство для вашей семейной группы.

ИНСТРУКЦИИ: Пожалуйста, ответьте на вопросы в этой форме для ваших ожидаемых обстоятельств на время периода предоставления льгот в случае бедствия.

ИМЯ (ГЛАВА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ)

ПОСТОЯННЫЙ ДОМАШНИЙ АДРЕС ВО ВРЕМЯ БЕДСТВИЯ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ВРЕМЕННЫЙ АДРЕС

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

РАБОЧИЙ АДРЕС ВО ВРЕМЯ БЕДСТВИЯ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

РАЗДЕЛ А – БЫТОВАЯ СИТУАЦИЯ. (Вы должны отметить Да или Нет на каждый вопрос)

- Кто-либо из вашей семейной группы во время бедствия жил работал или жил и работал (отметьте соответствующий квадрат) в районе бедствия?
- Вы не можете получить доход вашей семьи или денежные ресурсы? ДА НЕТ
- Ваш доход или денежные ресурсы были уменьшены, задержаны или остановлены из-за бедствия? ДА НЕТ
- Вы будете покупать еду и готовить пищу в период получения льгот? ДА НЕТ
- Кто-либо в вашей семейной группе работает в _____? ДА НЕТ

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА CALFRESH ОКРУГА/ШТАТА

COUNTY USE ONLY (Для служебного пользования)

Disaster Application

Can the identify of the authorized representative be verified?

YES NO

Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?

YES NO

Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?

YES NO

Type of verification:

Is work address in the disaster area?

YES NO

Type of verification:

Can the household's residence be verified?

YES NO

Type of verification:

РАЗДЕЛ В – ЧЛЕНЫ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ

5. Укажите имена всех лиц, запросивших льготы CalFresh в случае бедствия. Включите только тех лиц, которые **проживали с вами во время бедствия**. Если вы временно, из-за бедствия, проживаете вместе с другой семейной группой, **не указывайте членов той семейной группы**. *Указание своего Номера Социального Страхования (SSN) является добровольным. Он будет использован только в целях идентификации.

ИМЯ (ГЛАВА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ) (НН)		SSN*	ДАТА РОЖДЕНИЯ
a.			
ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К НН	SSN*	ДАТА РОЖДЕНИЯ
b.			
ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К НН	SSN*	ДАТА РОЖДЕНИЯ
c.			
ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К НН	SSN*	ДАТА РОЖДЕНИЯ
d.			
ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К НН	SSN*	ДАТА РОЖДЕНИЯ
e.			
ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К НН	SSN*	ДАТА РОЖДЕНИЯ
f.			
ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К НН	SSN*	ДАТА РОЖДЕНИЯ
g.			

РАЗДЕЛ С – ДОХОД/РЕСУРСЫ/РАСХОДЫ

6. a. Какова общая сумма зарплаты или другого дохода, который все указанные выше лица получили или получают в период получения льгот по причине бедствия? \$ _____
 b. Укажите все источники вашего дохода:

7. Укажите все источники наличных средств, к которым указанные выше лица будут иметь доступ в период получения льгот по причине бедствия. не указывайте средства, указанные в пункте 6.

Наличные на руках	Сберегательные счета	Расчетные счета	Другое
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. Укажите сумму расходов за потери или убытки, связанные с бедствием, которые вы оплатили или рассчитываете оплатить в период бедствия. Не указывайте суммы, которые будут оплачены лицами, не указанными выше или которые будут возмещены в период бедствия. Разрешенные расходы могут включать перечисленное ниже:

- a. Расходы на ремонт поврежденного дома семейной группы или другого имущества, необходимого для работы члена семейной группы. \$ _____
- b. Расходы на временное жилище, если дом в нежилом состоянии или семейная группа не может добраться до него; \$ _____
- c. Расходы на переезд из района бедствия, если была эвакуация из-за бедствия; \$ _____
- d. Расходы, связанные с защитой дома или бизнеса от стихийного бедствия; \$ _____
- e. Медицинские расходы из-за травмы. \$ _____
- f. Похоронные расходы связанные с бедствием. \$ _____
- g. Расходы на размещение животных, связанные с бедствием. \$ _____
- h. Расходы, связанные с возмещением личных и домашних предметов, ка одежды, техники, инструментов и обучающих материалов. \$ _____
- i. Топлива для обогрева. \$ _____
- j. Расходы на уборку. \$ _____
- k. Расходы на машину связанные с бедствием. \$ _____
- l. Затраты на хранение. \$ _____

9. a. Кто-либо из указанных выше получает в настоящее время льготы CalFresh? ДА НЕТ
 Если ДА, кто? _____ Округ _____ Штат _____ Льготы в месяц \$ _____
 b. Запросили ли они или получили замену льгот Calfresh на этот месяц?
 Если ДА, сколько они получили или получат? _____ ДА НЕТ

СЕРТИФИКАЦИЯ

Я подтверждаю, что я понимаю вопросы в анкете и что моя семейная группа нуждается во льготах CalFresh в случае бедствия. Я прочитал или мне прочитали указанное выше Предупреждение о Наказании. Я разрешаю выдавать любую информацию, необходимую для определения правильности моего права на льготы. Если меня выберут, я буду в полной мере сотрудничать с работниками округа, штата и федеральными органами во время проверок, которые будут проводиться после периода получения помощи. Я также понимаю, что я, может быть обязан погасить любые льготы, которые переплатили, потому что я, другой совершеннолетний член семьи или доверенное лицо предоставят неточную или неполную информацию.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов Америки и штата Калифорния, что информация, содержащаяся в анкете, является верной, точной и указана полностью.

ПОДПИСЬ (СОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ ЧЛЕН СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)	ДАТА	WORKER'S SIGNATURE	DATE
СВИДЕТЕЛЬ, ЕСЛИ ПОДПИСАНО "X"	ДАТА	SUPERVISOR'S SIGNATURE	DATE

**COUNTY USE ONLY
(Для служебного пользования)**

Household size for the number of persons listed in 5 _____

Computation

A. Anticipated Income (from 6)	\$ _____
B. Accessible Cash Resources (from 7)	\$ _____
C. Total disaster period income = (A+B)	\$ _____
D. Total allowable disaster-related expenses (from 8)	\$ _____
E. Accessible disaster period income (C-D)	\$ _____
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table)	\$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO

Allotment

1. Disaster Allotment (from Table)	\$ _____
2. Regular Allotment Already Received	\$ _____
3. Net Disaster Allotment (1-2)	\$ _____

EBT Card Number issued
 # _____
 YES NO