

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ GENERAL RELIEF****ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ****УВЕДОМЛЕНИЕ ПОЛУЧАТЕЛЯМ ПОСОБИЯ GENERAL RELIEF**

Начиная с 1 мая 1994г., если было установлено, что вы подали дубликат заявления на программу General Relief (GR) в округе Лос-Анджелес или в каком-либо другом городе или округе с целью получения двойного пособия, к вам будут применены следующие штрафные санкции:

**Первое нарушение - Вы теряете право на пособия на период в 6 месяцев.**

**Второе нарушение - Вы теряете право на пособия на период в 12 месяцев.**

**Третье нарушение - Вы больше никогда не будете иметь права на пособия.**

Дубликат заявления на пособие может быть выявлен различными методами. Один из них – автоматизированная система с отпечатками пальцев, которая выявляет дубликаты дел на получение пособий. Если отпечатки пальцев, полученные с помощью компьютера или других методик покажут совпадение, к вам могут быть применены штрафные санкции, указанные выше.

**ВАШИ ПРАВА**

**Вы имеете право оспаривать отказ, обратившись к представителю по рассмотрению жалоб на получение отказа. У вас есть право на пересмотр и подачу заявления на слушание дела до того, как ваше денежное пособие GR будет прекращено и на ваше дело будут наложены штрафные санкции. Для получения большей информации о ваших правах и обязанностях, попросите у сотрудника Справочной службы округа или у работника, ведущего ваше дело, «Информационный лист по программе General Relief» (*General Relief Information Sheet - ABP 392*).**

---

Подпись заявителя

---

Дата

---

Подпись работника, ведущего дело

---

Дата

**АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРОГРАММУ GENERAL RELIEF**

ФАМИЛИЯ ДЕЛА	ИМЯ ДЕЛА	НОМЕР ДЕЛА	ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ	<input type="checkbox"/> Неспособен читать и /или писать <input type="checkbox"/> Нуждается в специальной помощи
НОМЕР SOCIAL SECURITY		Номер телефона/автоответчика	ДАТА РОЖДЕНИЯ	
В КАКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПРОГРАММЫ GR ВЫ ХОТЕЛИ БЫ ЧТОБЫ БЫЛО ОТПРАВЛЕНО ВАШЕ ДЕЛО?			COUNTY USE ONLY	
ОТВЕЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА ВСЕ ВОПРОСЫ, ПРИВЕДЕННЫЕ НИЖЕ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ВАМ И К ЧЛЕНАМ ВАШЕЙ СЕМЬИ, ПОДАЮЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОСОБИЕ ВМЕСТЕ С ВАМИ. ДЛЯ ОТВЕТА НА КАЖДЫЙ ВОПРОС, ПОМЕТЬТЕ НУЖНЫЙ КВАДРАТ «ДА» ИЛИ «НЕТ». НА НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ВАМ НУЖНО БУДЕТ ДАТЬ БОЛЕЕ ПОДРОБНЫЕ ОТВЕТЫ.				
1. Я срочно нуждаюсь в наличных деньгах..... <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если «Да», то уточните ниже причину: <input type="checkbox"/> Бездомный <input type="checkbox"/> Нет продуктов <input type="checkbox"/> Выселение <input type="checkbox"/> Отключены коммун. услуги			<input type="checkbox"/> This is an immediate need case.	
2. До подачи заявления, я обеспечивал себя тем, что (объясните):				
3. Я имею документ, удостоверяющий личность..... <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если «Да», то уточните тип документа: <input type="checkbox"/> Свидетельство о рождении <input type="checkbox"/> Паспорт <input type="checkbox"/> Водительские права <input type="checkbox"/> Документ с фотографией <input type="checkbox"/> Регистрация иностранца <input type="checkbox"/> Другое: _____  Перечислите членов семьи, не имеющих удостоверения личности: _____			<input type="checkbox"/> Identification copied.  <input type="checkbox"/> Needs PA 230.	
4. У меня имеется карточка Social Security..... <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			<input type="checkbox"/> Copy/copies on file. <input type="checkbox"/> MC 194.	
5. Мне еще нет 18 лет..... <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если «Да», то предоставьте имена, адрес и номер телефона ваших родителей: _____			<input type="checkbox"/> PA 853 & 1325 Verification of minor applying without adult head of household/ responsible relative status/CalWORKs linkage.	
6. Я переехал/а в округ Лос-Анджелес в этом году и собираюсь вернуться на прежнее место проживания..... <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если «Да», то назовите ваш округ или штат: _____			<input type="checkbox"/> Complete the PA 898-15 Non-Resident Application.	
7. Я проживаю в округе Лос-Анджелес и собираюсь оставаться здесь..... <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				

Укажите, пожалуйста, дату начала вашего проживания в округе Лос-Анджелес: \_\_\_\_\_

8. Я бездомный.....  Да  Нет  
 Если «Нет»:  
 А. Отметьте один из квадратиков:  
 У меня есть бесплатное жилье  У меня есть/я покупаю свой дом  
 Я снимаю жилплощадь  
 В. Жилплощадь, на которой я проживаю, представляет из себя:  
 Комнату  Квартиру  Гостиницу/Мотель  Дом  Трейлер  Пансион с уходом  
 Ночлежный дом  Пансион  Благотворительное заведение  Машину/Вэн  Другое

9. Я проживаю один/одна.....  Да  Нет  
 Если «Нет»:  
 А. Если вы проживаете с вашим супругом или зарегистрированным домашним партнером, пожалуйста укажите:  
 ИМЯ \_\_\_\_\_ КЕМ ПРИХОДИТСЯ \_\_\_\_\_  
 В. Получает ли мой супруг или домашний партнер или подает заявление на получение пособий по программе GR.....  Да  Нет  
 С. Получает ли мой супруг или домашний партнер социальную помощь .....  Да  Нет  
 Если «Да», пожалуйста, объясните, какой тип социальной помощи:  
 \_\_\_\_\_

10. Мой/наш адрес:  
 \_\_\_\_\_  
 Адрес проживания      Квартира #      Город      Почтовый индекс  
 \_\_\_\_\_  
 Почтовый адрес      Квартира #      Город      Почтовый индекс  
 \_\_\_\_\_  
 Электронный адрес  
 А. Общая сумма оплаты за рент или дом ..... \$ \_\_\_\_\_  
 В. Ваша доля оплаты за рент/дом составляет.....\$ \_\_\_\_\_  
 С. Общая сумма за коммунальные услуги в вашем доме.....\$ \_\_\_\_\_  
 D. Ваша доля оплаты за коммунальные услуги составляет....\$ \_\_\_\_\_  
 E. Кроме вас кто-либо еще оплачивает коммунальные услуги или рент/дом?  Да  Нет  
 Если «Да», пожалуйста укажите, кто платит и какую сумму.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

11. Я являюсь ветераном.....  Да  Нет  
 Если «Да», пожалуйста, предоставьте следующую информацию:  
 Вид службы: \_\_\_\_\_  
 Номер ветерана: \_\_\_\_\_

Household size is determined to be: \_\_\_\_\_  
 Rent receipt or rental agreement  
 Landlord statement  
 Utility bill(s)  
 Other \_\_\_\_\_

Veteran, CA 5 on file.  
 No VA income.  
 VA income: \_\_\_\_\_.

Даты прохождения службы: _____		
12. В течение последнего года я попал в аварию или же получил травму....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	If yes, potential exists for income from lawsuit or accident. <input type="checkbox"/> PA 971 and ABCDM 228 initiated.
13. Мне нет еще 21 года, и я хотел бы пройти бесплатный медицинский осмотр, предоставляемый по программе Детского Здравоохранения и профилактики детской инвалидности (the Child Health and Disability Prevention Program) .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> CHDP referral made. <input type="checkbox"/> CHDP referral refused.
14. У меня имеется дом-прицеп, мобильный дом, катер, который используется для проживания, помещение для катера .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если «Да», укажите вид жилья: _____ и стоимость: \$ _____		
15. Я владею землей, домом, квартирами, или же другими зданиями .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если «Да», А. Укажите оценочную стоимость: \$ _____ В. Я позволяю округу Лос-Анджелес наложить залоговое обязательство на мою собственность	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
16. Я отдал деньги, продал, отдал собственность, землю или здания в течение последних двух лет.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если «Да», что именно вы отдали: _____ и какова стоимость: \$ _____		
17. Я трудоспособен.....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Employment Specialist referral made.
Если «Нет», укажите причину, по которой вы не можете работать:		
18. Я работал в течение последних 5 лет.....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если «Да», то предоставьте, пожалуйста, следующую информацию, начиная с вашего последнего места работы:		
А. Место работы: _____ Причина ухода: _____		
Адрес: _____ Телефон: _____		
Какие профессиональные навыки или обучение применялись: _____		
Дата начала деятельности: _____ Дата окончания: _____ Месячная зарплата: \$ _____		
В. Место работы: _____ Причина ухода: _____		
Адрес: _____ Телефон: _____		
Какие профессиональные навыки или обучение применялись: _____		
Дата начала деятельности: _____ Дата окончания: _____ Месячная зарплата: \$ _____		
У меня еще имеется информация о том, где я работал.....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
19. Нарушили ли вы условия испытательного срока/освобождения под честное слово?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
20. Скрываетесь ли вы от правосудия, чтобы избежать расследования или же заключения/обвинения в преступлении?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
21. Требуется ли ваше состояние здоровья специальной диеты (напр., диабет)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Needs PA 596
Если «Да», опишите подробнее: _____		

# ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

## Раздел А - Требования относительно трудоустройства

Я осознаю, что, если я трудоспособен или буду трудоспособен в будущем, то:

1. Я обязан участвовать в мероприятиях программы «Возможности получения работы по программе General Relief» (General Relief Opportunities for Work - GROW), специально разработанной для того, чтобы помочь мне трудоустроиться. Я имею право на получение пособия GR в течение шести месяцев плюс еще дополнительно три месяца на каждый период в 12 месяцев - в том случае, если я продолжаю принимать участие в программе GROW. Мне будут оплачены транспортные расходы, в то время когда я буду участвовать в мероприятиях программы GROW.
2. Я понимаю, что я не могу уволиться или быть уволенным с работы.
3. Я должен зарегистрироваться в Управлении по трудоустройству (Employment Development Department - EDD).
4. Я понимаю, что я не могу давать ложную информацию в форме ABP 85-1 "Job Search."
5. Я должен буду искать работу, как это указано в форме ABP 85-1 "Job Search" и вернуть ее к указанному сроку. Я понимаю, что сотрудники Управления DPSS могут позвонить в компании по трудоустройству, указанные в форме, с тем, чтобы проверить, что я обращался по вопросу устройства на работу в организации, указанные в списке.
6. Я должен пользоваться услугами служб по трудоустройству, имеющих программы, утвержденные Управлением DPSS, а также посещать все назначенные мне собеседования, встречи, курсы по подготовке к работе и другие мероприятия.
7. Я должен принимать выдаваемые мне направления, посещать собеседования и принимать любые предложения по участию в курсах по подготовке к работе.
8. Я знаю, что если я не буду выполнять требования GR или GROW, связанные с работой, то на меня будет наложена штрафная санкция и я потеряю мое денежное пособие.
9. Я получу уведомление, объясняющее правила и мои права если DPSS решит прекратить выдачу мне денежного пособия по программе GR и на меня будет наложена штрафная санкция.

К вам, возможно, будет применена штрафная санкция если вы не выполните требования, перечисленные выше. Штрафная санкция означает, что вы потеряете вашу денежную помощь по программе GR и вы должны будете ожидать, чтобы получить ее назад. Период ожидания может быть 0 дней, 30 дней или 60 дней. Если на вас будет наложена штрафная санкция, мы поставим вас в известность в отдельном уведомлении о том, на какой срок она распространяется. Ваше денежное пособие GR не будет остановлено, если:

1. Вы не получали денежное пособие GR в течение трех месяцев в прошлом году; или
2. Вы допустили ошибку (по невнимательности); или
3. У вас есть уважительная причина не выполнять вышеуказанные требования по трудоустройству.

## Раздел В – Требования относительно употребления наркотиков и алкоголя (SUD)

Для того, чтобы иметь право на пособие GR, вы должны будете пройти проверку на возможную наркотическую/алкогольную зависимость и в случае, если таковая обнаружится, вы должны будете пройти курс реабилитации по утвержденной округом программе Mandatory Substance Use disorder Recovery Program (MSUDRP). Ваше денежное пособие GR может быть отклонено или остановлено в любое время с момента его получения и наложения на вас штрафной санкции, если вы не соответствуете требованиям программы по освобождению от алкогольной и наркозависимости.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Любое **сознательное несоблюдение или недобросовестное отношение** к соблюдению вами правила(ил) без **уважительной причины** может привести к остановке вашего пособия по программе GR и вы не будете иметь права на него в течение 0, 30 или 60 дней.

Я прочел (или же мне прочли) все вышеперечисленные постановления. Я понимаю, что, если я не буду следовать вышеизложенным постановлениям и правилам без уважительной на то причины, выдача мне пособия будет прекращена. Если моя супруга/супруг, дети до 18 лет или же дети 18 лет, посещающие школу/курсы обучения, включены в мое дело на получение пособия, то выдача им пособия также прекратится. Эти санкции не будут применены по отношению к моим пособиям по программе GR, если мои обстоятельства изменятся (например, если я заболею) или же если у меня будет уважительная причина. Я проинформирован о том, что, в случае, если у меня возникнут вопросы по вышеизложенным правилам, я могу позвонить в центр обслуживания населения управления социального обеспечения.

## Раздел С – Общий Договор

Я понимаю и согласен со следующими условиями:

1. На любую недвижимость, принадлежащую мне, или недвижимость, которую я приобрету в будущем, как, например, дом или земельный участок, будет оформлено залоговое обязательство. Подписание залогового обязательства позволит округу вернуть при продаже недвижимости ту сумму, которая была выплачена мне в виде пособия General Relief (GR).
2. Согласно законодательству штата, округ обязан предоставлять органам правопорядка определенную информацию о лицах, получающих пособие GR в случае, если это лицо скончалось или имеется ордер на его арест по обвинению в совершении преступления. К такой информации относится следующая: имя, адрес, дата рождения, номер Social Security (SSN) и описание внешности.
3. Все получающие пособие GR должны сообщить их SSN и сдать отпечатки пальцев, чтобы иметь право на получение пособия GR. Отпечатки пальцев, номер Social Security и любая другая информация могут быть использованы для определения совпадений по компьютеру, для проверки и ревизии.

4. Я обязан вернуть округу Лос-Анджелес все денежные суммы пособий, выплаченных мне округом как часть программы GR. Если я скончаюсь прежде чем пособие GR будет выплачено, округ Лос-Анджелес имеет право подать запрос на востребование моей собственности. Я согласен на отмену действия закона об исковой давности в отношении выплаты указанной суммы пособий, средств, затраченных на содержание и уход, а также мед.услуги.
5. Если я получу одновременную выплату какой-либо суммы денег (a lump sum payment) как, например, выплаты согласно решения суда, выплаты при получении права на различные пособия (включая пособие Supplemental Security Income, пенсии ветеранам и пособия по инвалидности), выигрыши в лотерею, выигрыши на игровых автоматах и в других азартных играх, выплаты сумм по страховым полисам, а также получение наследства, то я должен буду вернуть округу Лос-Анджелес сумму пособий, выплаченных мне. Если я не верну округу Лос-Анджелес эти суммы пособий, я не буду иметь права на пособие GR на протяжении тех месяцев, в течение которых эта сумма покрывает расходы на мои потребности согласно Basic Budget Table.
6. Я должен **ПОЗВОНИТЬ** или **НАПИСАТЬ** работнику (EW), ведущему мое дело о **ЛЮБЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ** в моем адресе, стоимости жилья, доходах, собственности или количестве лиц, проживающих в моем доме, **В ТЕЧЕНИЕ ПЯТИ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ С МОМЕНТА ИЗМЕНЕНИЯ**.
7. Если я предоставлю неверную информацию или же своевременно не сообщу о произошедших изменениях работнику (EW), ведущему мое дело, что отразится на моем деле и сумме получаемого мной пособия GR, мне может быть предъявлено обвинение в совершении преступления и я могу быть подвергнут судебному разбирательству, штрафу или тюремному заключению.
8. Я проживаю в округе Лос-Анджелес и намерен оставаться здесь и далее.
9. Я понимаю, что одним из условий получения мной пособия GR, является проверка на возможную алкогольную/наркотическую зависимость и в случае, если таковая обнаружится, для того, чтобы иметь право на получение пособия GR, я должен буду пройти курс реабилитации, утвержденный округом.

#### **Раздел D – Оформление заявления на пособие Supplemental Security Income (SSI)**

Я понимаю, что если Управлением соцобеспечения (DPSS) будет установлено, что я могу иметь право на получение пособия SSI, то будут предприняты следующие действия:

1. Я должен буду подать заявление на получение пособия SSI в отделении Social Security или в другом определенном для этого месте, если этого потребует Управление DPSS.
2. В случае, если Управление DPSS определит, что я могу иметь право на получение пособия SSI, или в любое последующее время, данные обо мне: имя, адрес, номер Social Security, а также необходимая информация из моего дела будут предоставлены юристу, оказывающему содействие в процессе оформления заявления на получение пособия SSI. Я обязуюсь содействовать юристу по вопросам оформления.
3. Я поставлю Управление DPSS в известность (в течение пяти календарных дней) о том, одобрит ли Администрация Social Security или откажет мне в ответ на мое заявление на получение пособия SSI.
4. В случае отказа я подам апелляцию (в течение 60 календарных дней, считая с даты, проставленной в письме с отказом), оформив "Запрос на пересмотр" в отделении Social Security.
5. Я предъявлю в отделение DPSS подтверждение (если потребуется) того, что я оформил "Запрос на пересмотр."
6. Если мой запрос на пересмотр решения будет также отклонен, я оформлю "Запрос на слушание дела" (апелляцию).
7. Я предъявлю в отделение DPSS подтверждение (если потребуется) того, что я оформил "Запрос на слушание дела."
8. Если я подам заявление на пособие SSI, и мое заявление на пособие SSI будет отклонено, и я подам апелляцию, то округ может предоставить такие данные как мое имя, адрес, телефон, номер карточки Social Security представителю частного агентства, который может представлять меня на слушании при рассмотрении моей апелляции.
9. Для получения юридической поддержки во время слушания моего дела по пособию SSI, я могу принять услуги представителя частного агентства, предоставляемые Управлением DPSS (бесплатно для меня), выбрать моего собственного представителя (за свой счет) или же могу представлять себя сам.
10. Я сохраняю все письма и уведомления, которые будут получены мной из администрации Social Security и, в случае необходимости, предоставляю в Управление DPSS их копии.
11. Я предоставляю ответы на все письма, полученные из Управления DPSS, из Администрации Social Security или от моего представителя, где запрашивается информация, касающаяся моего заявления на получение SSI или моей апелляции.
12. Я окажу полное содействие Управлению DPSS, Администрации Social Security и моему представителю во всем, что касается моего заявления на получение пособия SSI или моей апелляции.
13. Я понимаю, что несоблюдение этих требований повлечет за собой прекращение /отказ в выдаче пособия GR. Если я буду нуждаться в дополнительной информации, я позвоню в Справочную службу округа.

#### **Раздел E – Разрешение на возмещение временного пособия по изначально полученному заявлению или же пособия, полученного после прекращения права на пособие.**

## AUTHORIZATION FOR REIMBURSEMENT OF INTERIM ASSISTANCE INITIAL CLAIM OR POSTELIGIBILITY CASE

NAME		SOCIAL SECURITY NUMBER
ADDRESS	CITY/TOWN	ZIP CODE
COUNTY IA AGENCY		GR CODE
Los Angeles County		05200

For the purpose of this Authorization Form:

The term "State" means the California county interim assistance (IA) agency (s) that the California Department of Social Services has an interim assistance reimbursement agreement with and that paid you public assistance.

The term "SSI/SSP benefits" means "Supplemental Security Income/State Supplementary Payment" benefits under Title XVI of the Social Security Act.

What actions am I authorizing when I sign this authorization and I check the "Initial Claim Only" block?

**Initial Claim Only**

You are authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to reimburse the State for some or all of the money the State gives you while SSA decides if you are eligible to receive SSI/SSP benefits. If you become eligible, SSA pays the State from the retroactive SSI/SSP benefits due you. The reimbursement covers the time from the first month you are eligible to receive SSI/SSP benefits through the first month your monthly SSI/SSP benefit begins.

If the State cannot stop the last payment made to you, SSA can reimburse the State for this additional payment amount.

What actions am I authorizing when I sign this authorization and I check the "Posteligibility Case Only" block?

**Posteligibility Case Only**

You are authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to reimburse the State for some or all of the money the State gives you while SSA decides if your SSI/SSP benefits can be reinstated after being terminated or suspended. If your SSI/SSP benefits resume, SSA pays the State from the retroactive SSI/SSP benefits due you. The reimbursement covers the time from the day of the month the reinstatement is effective through the first month your monthly SSI/SSP benefit resumes.

If the State cannot stop the last payment made to you, SSA can reimburse the State for this additional payment amount.

How can the State use this form when blocks for initial claims and posteligibility cases are part of the form?

The State can use this form for one case situation at a time, either an initial claim or a posteligibility case. If both blocks are checked the form is not valid. You and the State must sign and date a new form with only one block checked.

What kind of State payment qualifies for reimbursement by SSA?

SSA can reimburse a State for a payment that is paid only from State or local funds. The State cannot be reimbursed for payments made

wholly or partially from Federal funds.

How does SSA determine how much of my SSI/SSP money to pay the State?

SSA decides the amount of payment based on two considerations. First, SSA looks at the amount of money claimed by the State, and second, SSA looks at the amount of your retroactive SSI/SSP money available to pay the State. SSA can reimburse the State for a payment made in a month only when you receive a State payment and an SSI/SSP payment for the same month. SSA will not pay the State more money than you have for the SSI/SSP retroactive period.

How long is this authorization effective for the State and me if I checked the "Initial Claims Only" block?

This authorization is in effect for you and the State for twelve (12) months. The 12 months begin with the date SSA receives the authorization from the State and end 12 months later. However, for a State using an electronic system, the 12 months begin with the date the State notifies SSA through an electronic system that the State has received the authorization and end 12 months later. You and a State representative must sign and date the authorization for the authorization to be valid.

Exceptions apply to this rule. The State must send SSA the authorization within a certain time frame. SSA must receive the form within 30 calendar days of the date you signed the authorization. If the form is late, SSA will not accept the form as a valid authorization. For the State using an electronic system, SSA must receive the authorization information within 30 calendar days of the state matching your SSI record with your state record. If the information is late, SSA will not accept the information sent by the State. SSA will not pay any of your retroactive SSI/SSP benefits to the State. SSA will send you any SSI/SSP money that may be due you, based on SSA's regular payment rules.

Can the authorization stay effective longer than the 12-month period? Can the authorization end before or after the 12-month period ends?

The authorization can stay effective longer than the 12-month period, if you

- apply for SSI/SSP benefits before the State has the authorization form, or
- apply within the 12-month period the authorization is effective, or
- file a valid appeal of SSA's determination on your initial claim.

The period of the authorization can end before the 12-month period ends, or end after the 12-month period ends when any of these actions take place:

- SSA makes the first SSI/SSP payment on your initial claim; or
- SSA makes a final determination on your claim; or
- the State and you agree to terminate this authorization.

The authorization period will end with the day of the month any of these actions take place.

How long is this authorization effective for the State and me if I check the "Posteligibility Case Only" block?

This authorization is in effect for you and the State for twelve (12) months. The 12 months begin with the date SSA receives the authorization from the State and end 12 months later. However, for a State using an electronic system, the 12 months begin with the date the State notifies SSA through an electronic system that the State has received the authorization and end 12 months later. You and a State representative must sign and date the authorization for the authorization to be valid.

Exceptions apply to this rule. The State must send SSA the authorization within a certain time frame. SSA must receive the form within 30 calendar days of the date you signed the authorization. If the form is late, SSA will not accept the form as a valid authorization. For a State using an electronic system, SSA must receive the authorization information within 30 calendar days of the State matching your SSI record with your State record. If the information is late, SSA will not accept the information sent by the State. SSA will not pay any of your retroactive SSI/SSP benefits to the State. SSA will send you any SSI/SSP money that may be due you, based on SSA's regular payment rules.

Can the authorization stay effective longer than the 12-month period? Can the authorization end before or after the 12-month period ends?

The authorization can stay in effect longer than the 12-month period if you file a valid appeal. You must file your appeal within the time frame SSA requires.

The period of the authorization can end before the 12-month period ends, or can end after the 12-month period ends when any of these actions take place:

- SSA makes the first SSI/SSP payment on your posteligibility case after a period of suspension or termination; or
- SSA makes a final determination on your appeal; or
- the State and you agree to terminate this authorization.

The authorization period will end with the day of the month any of these actions take place.

Can SSA use this authorization form to protect my filing date for SSI/SSP benefits?

SSA can use this form to protect your filing date if you checked the "Initial Claims Only" block. When you sign this form, you are saying that you have the intention of filing for SSI/SSP benefits if you have not already applied for benefits.

You have sixty (60) days from the date the State receives this form to file for SSI/SSP benefits. Your eligibility to receive SSI/SSP benefits can be as early as the date you sign this authorization if you file within the 60-day time period. If you file for SSI/SSP benefits after the 60-day time period, this form will not protect your filing date. Your filing date will be later than the date you sign this form.

How do I appeal the State's decision if I do not agree with the decision?

You can disagree with a decision the State made during the reimbursement process. You will receive the State notice telling you how to appeal the decision. You cannot appeal to SSA if you disagree with any State decision.

Within 10 working days after the State receives the reimbursement money from SSA, the State must send you a notice. The notice will tell you three things: (1) the amount of the payments the State paid you; (2) that SSA will send you a letter explaining how SSA will pay the remaining SSI/SSP money (if any) due you, and (3) about your right to a hearing with the State, including how to request the State hearing.

SIGNATURE OF INDIVIDUAL RECEIVING INTERIM ASSISTANCE	DATE
SIGNATURE OF STATE REPRESENTATIVE	DATE

If the applicant signs this application with a mark, the signature must have two witnesses who provide their signatures, addresses, and the dates they signed below.

WITNESSED BY:			WITNESSED BY:		
ADDRESS (#, STREET):			ADDRESS (#, STREET):		
CITY	STATE	ZIP	CITY	STATE	ZIP





**Раздел F – Отмена заявления на программу General Relief**

Я понимаю, что даже если лицо, ведущее со мной собеседование, сообщит мне, что я не имею права на получение пособия GR, я все равно имею право заполнить заявление на получение пособия, и никто не может отобрать у меня это право.

Я также осведомлен о том, что если я буду не согласен с какими-либо действиями, предпринятыми в ответ на мое заявление на пособие GR, то со стороны сотрудника, оформляющего мое заявление, мне будет предоставлена полная информация о правилах и процессе подачи жалобы, которую я могу оформить в данном случае.

Я понимаю, что я должен получить письменное уведомление об отказе.

Я понимаю, что если я не согласен с какими-либо действиями, предпринятыми в ответ на мое заявление на пособие GR, то у меня есть право обжаловать действия и запросить разъяснение решения или пересмотр моего заявления представителем по рассмотрению жалоб на отклонение заявлений.

Я понимаю, что я не имею права на получение пособия GR, но все-таки продолжу оформление заявления

Я понимаю, что я не имею права на получение пособия GR и хочу отменить мое заявление на пособие GR.

Подпись заявителя	Дата	Подпись работника, определяющего право на пособие	Дата
-------------------	------	---	------

**Раздел G - Заявление и подпись**

Все совершеннолетние (18 лет и старше) и несовершеннолетние (подающие заявление самостоятельно), обращающиеся за получением пособия GR, должны прочесть данное заявление и подписаться ниже:

Заявление : Я заявляю под угрозой ответственности за дачу ложных показаний, что вся информация, предоставленная мной в данной анкете-заявлении, является, насколько мне известно, правильной и соответствует действительности.

Подпись совершеннолетнего лица №1	Дата	Подпись совершеннолетнего лица №2	Дата	Подпись совершеннолетнего лица №3	Дата
-----------------------------------	------	-----------------------------------	------	-----------------------------------	------

Если кто-либо поставил знак вместо подписи, ниже требуется подтверждение от двух свидетелей, их подписи и адреса:

Подпись свидетеля	Дата	Подпись свидетеля	Дата
-------------------	------	-------------------	------

Адрес	Адрес
-------	-------

CERTIFICATION OF ELIGIBILITY	
KEY ELIGIBILITY ITEMS	SHOW RESPONSE BELOW
<b>IDENTIFICATION:</b> (ABP 898-1, Question 3) Does each client have acceptable identification or PA 230 initiated?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>UNDER 18:</b> (ABP 898-1, Question 5) Is the client over age 18? If no, verification of minor applying alone has been completed.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>RESIDENCE:</b> (ABP 898-1, Questions 6 and 7) Has the client lived in Los Angeles County 15 days and plans to remain here? If the client wants to return to place of residence, the PA 898-15 Non-Resident application must be on file.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>CITIZENSHIP:</b> Is the client a United States citizen? If no: <input type="checkbox"/> acceptable alien verification is on file, or <input type="checkbox"/> a PA 696 is on file.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>PERSONAL PROPERTY:</b> (ABP 898-1, Question 14) Does the client meet all personal property limits, as shown below: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Cash <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Checking savings, credit union, other <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Exempt \$500 life if for burial, otherwise include in \$500 limit. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Each adult may own interest in one motor vehicle with value of \$4,500 or less. For couple cases, only one vehicle is allowed. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: House trailer, houseboat or boat home used as residence worth no more than \$11,500. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Mobile home used as residence worth no more than \$15,000.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>REAL PROPERTY:</b> ( ABP 898-1, Question 15) Does the client meet all real property limits, as shown below: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Home with assessed value of \$34,000 or less	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>ASSETS GIVEN AWAY:</b> (ABP 898-1, Question 16) Does the client declare that no property was given away in the last two years?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>INCOME:</b> Is the client's total non-exempt income below the GR level?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>EMPLOYMENT:</b> (ABP 898-1, Question 18) A potential UIB application has been filed, if appropriate, and the client's employment history does not qualify the client for CalWORKs (if this is a family case).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>HOUSEHOLD COMPOSITION AND HOUSING COST:</b> (ABP 898-1, Question 9) Is the household size correctly determined and housing cost below the GR level? <hr/> Housing cost is over the GR level? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, PA 908 is initiated and follow-up control set.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>FLEEING FELONS:</b> (ABP 898-1, Questions 19-20) Is the client fleeing to avoid prosecution or custody/conviction of a felony or is in violation of parole/probation. IF YES, DENY AID.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>ANNUAL AGREEMENT/CALFRESH RECONCILIATION:</b> The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>CASH AID FOR IMMIGRANTS PROGRAM (CAPI):</b> The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date. <b>PRESCREENING QUESTIONNAIRE FOR SUBSTANCE USE DISORDER</b> Did client complete pre-screening? If positive or in treatment was client referred for assessment?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>DETERMINATION:</b> <input type="checkbox"/> Eligible for General Relief. <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> Not Eligible for General Relief. Denial Code: _____</span>	
_____ Eligibility Worker's Signature <span style="float:right;">Date</span>	_____ Eligibility Supervisor's Signature <span style="float:right;">Date</span>

