



Zahtjev

Da li postoji neki razlog zbog koga imate problema da dođete u našu ured na intervju?

- Bolest Prevoz Posao ili trening Živim u ruralnoj regiji Moram da se brinem o bolesnom ili o članu porodice koji je invalid Drugo (objasnite):



Datum pečeta: _____

Broj slučaja: _____

Želim da podnesem zahtjev za: Pomoć sa hranom Gotovinu Da rođak bude pružaoč nege OSS/izborni državni dodatak Zdravstveno osiguranje Medicaid Waiver(Program pružanja vaninstitucionalne nege /Služba staranje i negu kod kuće i u zajednici Palijativnu negu Negu u staračkom domu – Adresa na kojoj ste živeli prije nego što ste došli u starački dom:

Dobro došli u Odsjek za djecu i Porodice (DCF). Ako Vam je potrebna pomoć s popunjavanjem ovog zahtjeva ili su Vam potrebne prevodilačke usluge, molimo Vas kontaktirajte ACCESS Florida na 1-866-762-2237. Trebaće nam bar Vaše prezime, adresa i potpis. Obrada počinje onog dana kada dobijemo Vaš potpisan zahtjev. Članovi domaćinstva koji se ne kvalifikuju ili koji ne podnose zahtjev za beneficije mogu biti označeni kao oni koji ne podnose zahtjev. Oni koji ne podnose zahtjev ili osobe koje podnose zahtjev za Emergency Medicaid (Hitno zdravstveno osiguranje), Refugee Cash Assistance (Novčanu pomoć za izbjeglice), ili Refugee Medical Assistance (Izbjegličku zdravstvenu pomoć) NE moraju da nam daju broj Socijalnog osiguranja (SSN). Ako nemate pravo na SSN zbog imigrantskog statusa, Vi možda imate pravo na SSN za one koji ne rade da bi dobili beneficije za koje je potreban taj broj. Oni koji ne podnose zahtjev ne moraju da daju potvrdu svog imigracionog statusa. Oni koji nisu državljani a koji podnose zahtjev za beneficije moraju da pruže dokaz svog imigracionog statusa. Imigracioni status onih koji nisu državljani će biti verifikovan od strane Odsjeka za državljanstvo i imigraciju Sjedinjenih Američkih Država (USCIS). Mi nećemo reći USCIS o imigracionom statusu onih koji žive u Vašem domaćinstvu a koji ne podnose zahtjev za beneficije. Ni pod kojim uslovim nećemo kao nelegalne stanovnike Sjedinjenih Država prijaviti osobe koje ne podnose zahtjev za beneficije. Ako popunjavate ovaj zahtjev za nekoga drugog, odgovorite na pitanja zasnovano na njihovim uslovima.

UBRZANA POMOĆ SA HRANOM – Domaćinstva koja se kvalifikuju mogu dobiti pomoć s hranom u roku od 7 dana.

Da li je bruto prihod vašeg domaćinstva manji od 150\$?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Da li plaćate da grejete ili hladite svoju kuću?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Da li su vaša raspoloživa sredstva (kao što je gotovina, bankovni računi, itd.) manja od 100 \$?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Kolika je mjesečna suma koju plaćate za iznajmljivanje ili hipoteku kuće?	\$ _____
Da li je mjesečni bruto prihod vašeg domaćinstva plus vaša celokupna raspoloživa sredstva manji od vaše jedno mjesečne stanarine ili hipotke, plus komunalije?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Da li je sav prihod vašeg domaćinstva nedavno prestao? Ako je DA, KADA?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Označite račune koje plaćate: <input type="checkbox"/> Struju <input type="checkbox"/> Plin <input type="checkbox"/> Vodu <input type="checkbox"/> Kanalizaciju <input type="checkbox"/> Telefon		Da li je bilo ko u vašem domaćinstvu sezonac ili sezonski farmer? Ako DA, KO?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

INFORMACIJA O PODNOSIOCU ZAHTEVA

Ime: Ime Srednje ime Prezime	Kućni broj ili broj na koji možemo ostaviti poruku:	E-mejl adresa:
Kućna adresa: Ulica Broj stana	Grad Država	Pošanski broj Broj telefona na poslu:
Adresa na kojoj dobijate poštu (ako se razlikuje od adrese gdje živite): Ulica/P. O. Box	Grad Država	Pošanski broj Broj mobilnog telefona:

INFORMACIJA O SVIM PROGRAMIMA:

Da li bilo ko iz vaše kuće bježi od zakona zbog kriminala ili zbog kršenja uvjetne slobode ili uvjetnog puštanja na slobodu? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako je DA, ko?	Da li je bilo ko iz vaše kuće osuđen zbog prodavanja droge? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako je DA, ko?	Da li je bilo ko iz vaše kuće ikada bio osuđen zbog primanja pomoći za hranu, privremene pomoći sa gotovinom ili Medicaid-a u više od jedne države u isto vrijeme? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako je da, ko?
Da li je bilo ko iz vaše kuće prodao ili dao bilo kakvu imovinu ili sredstva u zadnjih 5 godina? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako je da, ko?	Da li je bilo ko iz vaše kuće dao otkaz na poslu u zadnjih 60 dana ili da li bilo ko štrajkuje? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako je da, ko?	Da li je bilo ko iz vaše kuće primio pomoć u hrani, gotovini ili zdravstvenu pomoć od neke druge države u zadnjih 30 dana? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako je da, ko?

IZJAVA O RAZUMJEVANJU:

Razumjem da su informacije koje sam dao/la u ovom zahtjevu, intervjuu ili pri zahtjevanju drugih beneficija, uključujući i informacije koje su kompjuterski poklapaju sa informacijom od drugih agencija, su subjekt verifikacije od strane DCF-a i drugih federalnih i državnih agencija uključujući i program Prevara pri korišćenju javne pomoći. Razumjem i slažem se sa sljedećim: DCF, Program prevare pri korišćenju javne pomoći (PAF) i ovlaštene federalne agencije mogu potvrditi informaciju koju sam dao/la na ovom formularu, intervjuu ili pri traženju drugih beneficija. Informacije može dobiti od mojih prošlih ili sadašnjih poslodavaca. Moj potpis daje ovlaštenje da se te informacije daju DCF-u i/ili PAF-u. Kao uslov učestvovanja u Medicaid-u pristajem na pregledanje i davanje moje kompletne zdravstvene dokumentacije koja je neophodna Medicaid-u po njegovim revizorskim i istraživačkim ovlaštenjima. Ako je bilo koja informacija netačna, beneficije mogu biti smanjene ili odbijene i ja mogu biti subjekt kriminalnog gonjenja ili diskvalifikovan/a iz programa zato što sam namjerno dao/la netačnu ili lažnu informaciju ili sam krio/la informaciju. Pročitao/la sam moja Prava i obaveze. Potvrđujem pod mogućnosti optužbe za krivokletstvo da su informacije u ovom formularu istinite po mom najboljem znanju, uključujući i status državljanstva ili status ne državljanstva za one koji podnose zahtjev za beneficije. Svječano potvrđujem da sam dobio potvrdu DCF Floride CFOP 60-17, Poglavlje 1, Prilog 2, Pravila o upravljanju i zaštiti lične informacije.

POTPISI

Potpis odrasle osobe koja je glava domaćinstva _____ Datum potpisa _____

Potpis svedoka ako je potpisano sa "X" _____

Ovlašteni/Označeni predstavnik – Štampanim slovima Ime, Adresa i Broj telefona _____

Potpis ovlaštenog/označenog predstavnika _____

Zahtjev se nastavlja na 2.strani. Molimo Vas dajte onoliko informacija koliko možete da nam pomognete da utvrdimo brzo da li se kvalifikujete.

ZA KORIŠĆENJE ODJELA

Centar za pristup zajednice Ime učesnika/Broj telefoana: _____

Datum pečeteranja: _____

INFORMACIJE O DOMAĆINSTVU: Ako Vam je potrebno više prostora u sljedećim djelovima, molimo Vas da koristite dodatne stranice. Molimo Vas pružite nam što više informacija tako da možemo brzo da odredimo da li se kvalifikujete.

Upište sebe i sve one koji žive u vašem domu, čak ako ne podnosite zahtev za njih. Ako ne podnosite zahtjev za njih ne morate da date njihov socijalni broj ili status državljanstva. Ako ta osoba živi u staračkom domu ili u nekoj drugoj instituciji onda samo upišite sebe, supružnika i druge osobe koje izdržavate.

INFORMACIJA KOJA NIJE OBAVEZNA – ETNICITET: A = Hispanik ili latinos ; B = Nije Hispanik ili Latinos
RASA: Možete izabrati jedan ili više brojeva 1 – Američki indijanac ili rođeni Aljiskanin , 2 – Azijat, 3 – Crna ili afričko američka, 4 – Rođeni/a Havajac/ka, 5 – Bela

Deo A – Nabrojte sve odrasle osobe koje žive na Vašoj adresi:

Legalno ime Ime, srednje ime, prezime	Srodstvo sa vama	Želi da podnese zahtjev?	Seks	Socijalni Broj (Pogledajte instrukcije gore)	Datum i mesto rođenja	Državljanin SAD	Etnicitet (Pogledajte gore)	Rasa (Pogledajte gore)	Bračni status	Pohađa školu/ # Sati/Sedmica/ Poslednji završen razred	Kupuje li i jede hranu sa vama?
	JA	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE # Sati sedmično: _____ Poslednji završen razred :	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE # Sati sedmično: _____ Poslednji završen razred :	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE # Sati sedmično: _____ Poslednji završen razred :	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE # Sati sedmično: _____ Poslednji završen razred :	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

Dio B – Nabrojte svu djecu koja žive na Vašoj adresi. Ako je neko trudan, napišite "neroden" kao ime i predviden datum termina poroda kao datum rođenja.

Legalno ime Ime, srednje ime, prezime	Srodstvo sa vama	Želi da podnese zahtjev?	Seks	Socijalni Broj (Pogledajte instrukcije gore)	Datum i mjesto rođenja	Državljanin SAD	Etnicitet (vidi 2. stranu)	Rasa (vidi 2. stranu)	Djeca mlađa od pet da li su primila vaccine?	Pohađa školu/ime škole	Datum završetka	Kupuje li i jede hranu sa vama?
Djete 1 Da li bi željeli da ovo dijete dobije zdravstvene usluge? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako je DA, ime škole:		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Djete 2 Da li bi željeli da ovo dijete dobije zdravstvene usluge <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako je DA, ime škole:		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

Djete 3		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako je DA, ime škole:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Djete 4		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako je DA, ime škole :	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

Medicaid: Za djecu mlađu od 16 godina, ako nijedan drugi dokaz o identitetu nije dostupan kao što su dokumenti iz škole ili lična karta sa slikom, pročitajte ovo dole i potpišite se dole:

Potvrđujem pred pretnjom od krivokletstva da su sva gorenavedena djeca osobe koje sam ja izjavio/la da su:

Potpis

Dio C – Informacija o odsutnom roditelju: Pružite sljedeću informaciju za svako dijete iz Dijela B, a čija majka ili otac ne žive sa djetetom u kući.											
Djete 1	Ime odsutnog roditelja i zadnja poznata adresa:					Datum rođenja	Socijalni Broj:	Rasa (vidi 2.str)	Razlog odsustva:		
	Majka										
	Da li je ovo zakonski roditelj djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako ne budete odbijeni za beneficije da li želite pomoć Službe za sprovođenje zakonske obaveze izdržavanja djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE					Majčino mjesto rođenja	Majčin broj telefona	Informacija o zdravstvenom osiguranju		
	Ime poslodavca gdje majka radi:	Adresa poslodavca:					Ime nosioca osiguranja:	Broj polise:			
						Broj telefona poslodavca :					
Otac	Ime odsutnog roditelja i zadnja poznata adresa:					Datum rođenja	Socijalni Broj:	Rasa (vidi 2.str)	Razlog odsustva:		
Da li je ovo zakonski roditelj djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako ne budete odbijeni za beneficije da li želite pomoć Službe za sprovođenje zakonske obaveze izdržavanja djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE					Očevo mjesto rođenja	Očev broj telefona:	Informacija o zdravstvenom osiguranju			
Ime poslodavca gdje otac radi:	Adresa poslodavca:					Ime nosioca osiguranja:	Broj polise:				
					Broj telefona poslodavca :						
Djete 2	Ime odsutnog roditelja i zadnja poznata adresa:					Datum rođenja	Socijalni Broj:	Rasa (vidi 2.str)	Razlog odsustva:		
	Majka										
	Da li je ovo zakonski roditelj djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako ne budete odbijeni za beneficije da li želite pomoć Službe za sprovođenje zakonske obaveze izdržavanja djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE					Majčino mjesto rođenja	Majčin broj telefona	Informacija o zdravstvenom osiguranju		
	Ime poslodavca gdje majka radi:	Adresa poslodavca:					Ime nosioca osiguranja:	Broj polise:			
						Broj telefona poslodavca :					
Otac	Ime odsutnog roditelja i zadnja poznata adresa:					Datum rođenja	Socijalni Broj:	Rasa (vidi 2.str)	Razlog odsustva:		
Da li je ovo zakonski roditelj djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako ne budete odbijeni za beneficije da li želite pomoć Službe za sprovođenje zakonske obaveze izdržavanja djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE					Očevo mjesto rođenja	Očev broj telefona:	Informacija o zdravstvenom osiguranju			
Ime poslodavca gdje otac radi:	Adresa poslodavca:					Ime nosioca osiguranja:	Broj polise:				
					Broj telefona poslodavca :						

Djete 3	Ime odsutnog roditelja i zadnja poznata adresa:		Datum rođenja	Socijalni Broj:	Rasa (vidi 2.str)	Razlog odsustva:
	Majka					
	Da li je ovo zakonski roditelj djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako ne budete odbijeni za beneficije da li želite pomoć Službe za sprovođenje zakonske obaveze izdržavanja djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Majčino mjesto rođenja	Majčin broj telefona	Informacija o zdravstvenom osiguranju	
	Ime poslodavca gdje majka radi:	Adresa poslodavca:			Ime nosioca osiguranja:	Broj polise:
Ime odsutnog roditelja i zadnja poznata adresa:		Datum rođenja	Socijalni Broj:	Rasa (vidi 2.str)	Razlog odsustva:	
Otac						
Da li je ovo zakonski roditelj djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako ne budete odbijeni za beneficije da li želite pomoć Službe za sprovođenje zakonske obaveze izdržavanja djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Očevo mjesto rođenja	Očev broj telefona:	Informacija o zdravstvenom osiguranju		
Ime poslodavca gdje otac radi:	Adresa poslodavca:			Ime nosioca osiguranja:	Broj polise:	Broj telefona poslodavca :
Djete 4	Ime odsutnog roditelja i zadnja poznata adresa:		Datum rođenja	Socijalni Broj:	Rasa (vidi 2.str)	Razlog odsustva:
	Majka					
	Da li je ovo zakonski roditelj djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako ne budete odbijeni za beneficije da li želite pomoć Službe za sprovođenje zakonske obaveze izdržavanja djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Majčino mjesto rođenja	Majčin broj telefona	Informacija o zdravstvenom osiguranju	
	Ime poslodavca gdje majka radi:	Adresa poslodavca:			Ime nosioca osiguranja:	Broj polise:
Ime odsutnog roditelja i zadnja poznata adresa:		Datum rođenja	Socijalni Broj:	Rasa (vidi 2.str)	Razlog odsustva:	
Otac						
Da li je ovo zakonski roditelj djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako ne budete odbijeni za beneficije da li želite pomoć Službe za sprovođenje zakonske obaveze izdržavanja djeteta? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Očevo mjesto rođenja	Očev broj telefona:	Informacija o zdravstvenom osiguranju		
Ime poslodavca gdje otac radi:	Adresa poslodavca:			Ime nosioca osiguranja:	Broj polise:	Broj telefona poslodavca :

Đio D – Opšte informacije: Odgovorite na sljedeća pitanja za one osobe koje ste naveli u Djelu A i B I za koje podnosite zahtjev za pomoć:

1. Da li je bilo ko stanovnik države Floride?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ako je NE, ko nije?
2. Da li je bilo ko u Vašem domaćinstvu trudan?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko? Datum termin poroda: # Beba koje treba da se rode:
3. Da li je bilo ko išao na roditeljske sastanke za bilo koje od djece uzrasta od 6-18 godina?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko? Kada?
4. Da li je bilo ko ili njihov roditelj (ako je još uvijek djete) ili preminuli supružnik (ako je to primenljivo) služio armiju SAD?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko? Kada?
5. Da li je bilo ko u Vašem domaćinstvu sponzorisao/la osobu koja nije državljanin?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko?
6. Da li bilo ko živi u specijalnim mjestima kao što je šelter za beskućnike, starački dom, ustanovi za specijalnu pomoć za odrasle, porodična ustanova za brigu o odraslima, mentalna institucija za duži boravak i tretman ili u nekoj drugoj instituciji?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko? Ime institucije i vrsta:
7. Da li je bilo ko pastorage?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko?
8. Da li je bilo koje od ove djece limitirano ili sprečeno na bilo koji način u svojim sposobnostima da radi ono što većina djece istog uzrasta mogu da rade?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko?
9. Da li je bilo kome od ove djece potrebna specijalna terapija, kao što je fizička, radna ili govorna terapija ili lečenje ili savjetovanje za emotivne, razvojne ili probleme sa ponašanjem?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko?
10. Da li je bilo kome od ove djece potrebno ili koristi zdravstvenu nege, mentalnu negu ili obrazovne usluge više nego što je to potrebno većini djece njegovog/njenog uzrasta?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko?
11. Ako podnosite zahtjeve za bolničke usluge kod kuće da li imate djete (bilo kog uzrasta) koje živi u Vašoj kući, a koje je slepo ili invalid?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko? Koje je njihovo srodstvo sa vama?
12. Da li je utvrđeno da je neko invalid od strane Socijalnog osiguranja ili države Floride?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko?
13. Da li je za nekoga ko tvrdi da je invalid utvrđeno da nije invalid od strane Socijalnog osiguranja ili države Floride?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko?
14. Da li je bilo ko odbijen od primanja Dopunske socijalne pomoći (SSI) u zadnjih 90 dana?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko? Kada?

2. Da li je bilo čiji prihod iz vašeg domaćinstva prestao u zadnjih 60 dana?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko? Kada?	Izvor?			
3. Da li će bilo ko iz vašeg domaćinstva dobijati dodatni prihod od izvora prihoda koji je ta osoba prestala da dobija?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko? Kada?	Bruto iznos (prije odbitaka) koje ste dobili ovog mjeseca? \$			
4. Da li je bilo ko podneo zahtjev u Social Security ili za beneficije za nazaposlene, a na koji se čeka odluka?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ko?	Koje beneficije?			
5. Da li ste uložili bilo kakva sredstva na Prihod ili Miller vrste fondova u zadnjih 3 mjeseca?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Čiji je ovo fond?	Datum(i) i suma(e) depozita:			

Section G – Expenses

1. Da li bilo ko za koga podnosite zahtjev mora da plaća troškove kao što su: stanarina, hipoteka, imovinski porez, osiguranje za kuću, kondo/troškovi održavanja, plin, struju, gorivo, LIHEAP, zdravstvene račune kao što su, ali nisu ograničeni, na: prepisane lijekove, za naočare, transport, posjete doktoru, stomatološke, zdravstvene pomoćne aparate, boravak u bolnici ili osiguranje ili premije za Medicare koje nisu pokriveno osiguranjem ili nekim trećim licem, telefon, troškove čuvanja djece, plaćanje izdržavanje djece koje je sud odredio za dijete koje nije u Vašem domaćinstvu? Uključite troškove roditelja maloljetne djece ako oni žive u kući ili troškove supružnika podnosioca zahtjeva ako supružnik živi u kući. DA NE Ako je DA, navedite ih dole:

Vrsta troškova	Čija je obaveza da plaća ove troškove?	Ako je zdravstveni trošak kome je pružena zdravstvena usluga?	Mjesečna suma	Ko je platio	Datum kad je plaćeno	Da li ste još uvijek dužni?	Za izdržavanje djece koje je određeno sudom samo ime djeteta za koje se plaća izdržavanje
						<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
						<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
						<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
						<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
						<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
						<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
						<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
						<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
						<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	

2. Kako grijete ili hladite vaš dom?

3. Da li bilo ko plaća vaše troškove za vas? DA NE Ako DA, objasnite:

MOŽDA SE KVALIFIKUJETE ZA SMANJENE TELEFONSKE RATE

Označite DA ako bi željeli da DCF da vaše Ime, SSN, Broj Telefona i činjenicu da dobijate pomoć za hranu, Trenutnu pomoć u gotovini, Medicaid vašoj lokalnoj kompaniji tako da možete da dobijete smanjenu telefonsku ratu preko Lifeline programa. DA NE

OBAVEŠTENJE O KAZNAMA:

Možete biti subjekt gonjenja ako ste namjerno dali netačnu informaciju da bi dobili beneficije javne pomoći.

MOŽETE PODNETI ZAHTJEV OVDJE DA GLASATE

Ako niste registrovani da glasate gdje trenutno živite, da li bi željeli da se danas ovdje registrujete? Označite DA ako bi željeli da se registrujete da glasate ili da promjenite svoje glasačke informacije. Ako ste označili NE ili ako ne označite nijednu rubriku podrazumjevaće se da ste odlučili da ne podnesete zahtjev da glasate ili da promjenite svoje glasačke informacije. Označavanje DA ili NE ili ne odgovaranjem neće ni na jedan način imati uticaja na dobijanje ovih beneficija. DA NE

OBAVJEŠTENJE O PRAVIMA

Pomoć: Ako bi željeli da Vam se pomogne da ispunite svoj glasački zahtjev, možemo Vam pomoći. Odluka da zatražite ili prihvatite pomoć je Vaša. Možete ispuniti zahtjev za glasačku registraciju privatno.

Beneficije: Ako podnosite zahtjev za javnu pomoć u okviru agencije, podnošenje zahtjeva da se registrujete ili odbijanje da se registrujete da glasate neće imati uticaja na sumu pomoći koja će biti data u okviru agencije.

Privatnost: Ako odlučite da se ne registrujete ili da ne menjate vaš dosijer i lokaciju gdje ste podnijeli zahtjev ili da ne promjenite Vaše glasačke informacije je tajna i biće korišćenja samo za glasačku registraciju.

Formalna žalba: Ako verujete da se neko mešao ili u Vaše pravo da podnesete zahtjev da se registrujete ili da odbijete da se registrujete da glasate ili na Vaše pravo na privatnost pri donošenju Vaše odluke da sami podnesete zahtjev da glasate ili pravo da sami izaberete političku partiju ili druge političke izbore možete podneti žalbu: Florida Secretary of State, Division of Elections (Sekretaru države Floride, Odjeljene za glasanje), R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Formulari za žalbu su omogućeni na <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml> ili nazovite 1-850-245-6200.

[Nadležnost: Zakon o nacionalnoj registraciji (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 I 97.0585, F.S.]

OBAVEZNO PRIJAVLJIVANJE

Morate prijaviti bilo koju promjenu vaše situacije DCF prema obavezama programa. Domaćinstva koja dobijaju pomoć u hrani su obavezna da prijave promjene koje bi povećale beneficije i kada mjesečni prihod premašuju limit bruto prihod predviđen programom za pomoć sa hranom a koji je predviđen za domaćinstvo koje ima isti broj ukućana kao i vaše. Domaćinstva koja prijmaju Medicaid ili Privremenu pomoć u gotovini moraju u roku od deset dana da prijave promene koje utiču na njihovu kvalifikaciju.

VAŽNA INFORMACIJA ZA IMIGRANTE

Podnošenje zahtjeva ili dobijanje beneficije pomoći za hranu ili Medicaid-a neće na bilo koji način uticati na imigrantski stazus vaših članova porodice ili mogućnost da dobijete status građana sa stalnim boravkom (zelenu kartu). Dobijanje privremene pomoći u novcu ili korišćenje dugotrajnih beneficije kao što su beneficije korišćenja straćkog doma mogu stvoriti problem pri dobijanju tog statusa naročito ako su te beneficije jedini izvor prihoda Vaše porodice.

OBAVJEŠTENJE O KAZNAJAVANJU – Pomoć s hranom:

Ako se utvrdi da ste krivi (od strane federalnog ili državnog suda, ili administrativnog diskvalifikacionog saslušanja ili ako potpišete da se odričete da imate saslušanje) za namjerno davanje lažne ili navodeće izjave, prikrivanje ili zatajivanje činjenice da bi dobili ili da bi pokušali da dobijete pomoć za hranu ili ako učinite bilo koju radnju kojom kršite Zakon o hrani i ishrani, pravila pomoću u hrani ili bilo koji drugi državni pravilnik da bi koristili, pokazali, stekli, dobili ili posedovali beneficije za pomoć sa hranom, bićete diskvalifikovani. Nećete imati pravo da dobijete pomoć u hrani 12 mjeseci za prvi prekršaj, 24 mjeseca za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj. Ako bude utvrđeno da ste krivi za prodavanje pomoći za hranu u vrednosti od 500 \$ i više bićete diskvalifikovani za stalno. Ako budete osuđeni za ove radnje, u zavisnosti od ozbiljnosti, možete dobiti kaznu do 250,000 \$ i biti zatvoreni na 20 godina ili oboje.

Ako ste osuđeni od strane državnog ili federalnog suda zbog davanja lažnih izjava o vašem identitetu ili prebivalištu da bi dobili pomoć u hrani u više od jedne države u isto vrijeme, bićete diskvalifikovani od učešća u programu Pomoći sa hranom za period od 10 godina.

Ako bježite da izbjegnute suđenje, zatvor ili pritvor nakon što ste osuđeni za kriminalni ili ilil kriminalni pokušaj kriminalnog djela ili ste prekršili uslove uslovne kazne koja vam je propisana prema federalnom ili državnom zakonu, ne kvalifikujete se za pomoć sa hranom. Ova informacija će biti data drugim državnim i federalnim agencijama pri službenim pretragama, i policijskim službenicima u svrhe hapšenja osoba koje bježe od zakona.

Ako je utvrđeno da ste krivi za krivično djelo prodaje droga, ili osuđeni u federalnom ili državnom sudu ili lokalnom sudu zbog razmene beneficija za hranu za oružje, municiju ili eksploziv ne kvalifikujete se za pomoć u hrani.

OBAVJEŠTENJE O KAŽNJAVANJU – Privremena pomoć u novcu:

Ako ste namjerno davali lažne informacija ili prikrivali informacije da bi dobili ili nastavili da dobijate Privremnu pomoć u novcu I osuđeni ste od državnog ili federalnog suda ili na administrativnom diskvalificacionom saslušanju ili ste potpisali da se odričete prava na saslušanje možete biti diskvalifikovani na 12 mjeseci za prvi prekršaj, 24 mjeseca za drugi prekršaj I trajno za treći prekršaj

Ako je utvrđeno da ste krivi za krivično djelo prodaje droga, ako bežite da izbjegnute suđenje, zatvor ili pritvor nakon što ste osuđeni za ubject illl kriminalni pokušaj kriminalnog djela ili ste prekršili uslove uslovne kazne koja vam je propisana prema federalnom ili državnom zakonu ne kvalifikujte se za Program privremene pomoći u gotovini. Ako ste osuđeni od strane državnog ili federalnog suda da zbog lažnih izjava o vašem indentitetu ili prebivalištu da bi dobili pomoć u hrani u više od jedne države u isto vrijeme, ne kvalifikujete se da učestvujete u Programu privremene pomoći u gotovini za period od 10 godina.

IZJAVA O NE DISKRIMINACIJI OD STRANE ODJELJENA ZA DJECU I PORODICE DRŽAVE FLORIDE

Nijedna osoba se ne smije na osnovu rase, boje kože, religije, nacionalnosti, pola, doba ili invalidnosti isključiti iz učestvovanja u, ili biti odbijena od beneficija ili biti ubject nezakonske diskriminacije pod bilo kojim programom ili aktivnošću, dobijanja ili bilo kakve druge beneficije federalne finasijske pomoći koju sprovodi ovo Odeljenje. Da podnesete žalbu o navodnom kršenju ovog pravila, kontaktirajte Office of Civil Rights, Florida Department of Children and Families (Odjeljenje za ljudska prava, Odeljenje za djecu I porodice države Floride), 1317 Winewood Boulevard, Building 1, Room 101, Tallahassee, Florida 32399-0700 ili nazovite 1-850-487-1901, ili za one koji imaju aparat za gluve (TDD) na 1-850-922-9220.

USDA-HHS IZJAVA O NE DISKRIMINACIJI

U skladu sa federalnim zakonom i politikom Ministarstva poljoprivrede (USDA) i Ministrastva zdravlja i ljudskih usluga SAD (HHS), ovoj instituciji je zabranjeno da diskriminše na osnovu rase, boje kože, nacionalne pripadnosti, pola, starosti ili invalidnosti .Prema Zakonu o hrani i ishrani i USDA politici, diskriminacija je takođe zabranjena na osnovu religioznih ili političkih vjerovanja. Da uložite žalbu o diskriminaciji kontaktirajte USDA ili HHS. Napišite USDA, Direcotor, Office of Civil Rights (Direktor, Odeljenje za ljudska prava) Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20250-9410 ili nazovite (202) 720-5964 (glas ili TDD). Napišite Regional Manager(Regionalni menager) , DHHS Office of Human Rights (Odjeljenje ljudskih prava), Region IV, Atlanta Federal Center, 61 Forsyth Street, SW, Suite 3B70, Atlanta, GA 30303-8909 ili nazovite 1-800-368-1019 ili oni koji imaju aparat za gluve (TDT) mogu nazvati 1-800-537-7697.

PODNOŠENJE ZAHTJEVA ZA POMOĆ

Zahtjev za pomoć možete predati bilo kom Odjeljene za djecu i porodice za ekonomsku samostalnost države Floride vi ili neko drugi u vaše ime, lično, poštom ili preko faksimila (FAKSA) ili elektronski preko interneta. Za zahtjeve koje dobijemo tokom radnog vremena će se smatrati da su primljeni tog istog dana. Ako su zahtjevi primljeni posle radnog vremena smatraće se da su primljeni sljedećeg radnog dana od dana primanja.