

# ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ. ПРОВЕРОЧНАЯ ФОРМА

ИМЯ, ФАМИЛИЯ	НОМЕР ДЕЛА
--------------	------------

**ПРОЧИТАЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ИНСТРУКЦИИ ВНИМАТЕЛЬНО** – ДОЛЖЕН ЗАПОЛНЯТЬСЯ ТОЛЬКО **ОДИН** ИЗ ОКРАШЕННЫХ БЛОКОВ. БЛОК 2 ИЛИ 3 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПРОВЕРОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ИМЕЕТСЯ. БЛОК 4 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ, ЕСЛИ ПРОВЕРОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ НЕДОСТУПНА, И ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ КЛИЕНТОМ. БЛОКИ 1 И 5 ЗАПОЛНЯЮТСЯ НА ВСЕХ ЗАЯВИТЕЛЕЙ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ, ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ.

## 1. ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОМАШНЕМ НАСИЛИИ, ЯВЛЯЮЩЕМСЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ.

Я \_\_\_\_\_, прошу меня освободить от выполнения условий по программам TANF или CCIS Child Care в связи с домашним насилием:  помощь во взимании алиментов;  RESET;  предел по времени (Time-Out)  предел по времени (расширенная TANF); или  другие требования программ TANF или CCIS (укажите конкретно) \_\_\_\_\_, Меня попросили привести подтверждение моего заявления. Я согласился (согласилась) и представляю подтверждение ниже.

## 2. ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Я ПРЕДСТАВЛЯЮ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ, ЕСЛИ ОНИ ИМЕЮТСЯ:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ДОКУМЕНТЫ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ | <input type="checkbox"/> ДОКУМЕНТЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ |
| <input type="checkbox"/> СУДЕБНЫЕ ДОКУМЕНТЫ                   | <input type="checkbox"/> ДОКУМЕНТЫ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ РЕБЕНКА   |
| <input type="checkbox"/> МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ                | <input type="checkbox"/> ДРУГИЕ (УКАЖИТЕ КОНКРЕТНО) _____   |

## 3. РАЗРЕШЕНИЕ/ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ

Я уполномочиваю \_\_\_\_\_ заполнить нижеприведенную проверочную форму и представить ее в Отдел социального обеспечения (Department of Public Welfare) для подтверждения удовлетворительности причины.

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Подпись клиента

Данное заявление подано:

\_\_\_\_\_ (ИМЯ, ФАМИЛИЯ)  
\_\_\_\_\_ (ЗВАНИЕ)  
\_\_\_\_\_ (ОРГАНИЗАЦИЯ)  
\_\_\_\_\_ (АДРЕС)

Я (отметьте одно)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Предоставляю обслуживание жертвам домашнего насилия                        | <input type="checkbox"/> Сотрудник адвокатской конторы             |
| <input type="checkbox"/> Предоставляю медицинское, психотерапевтическое или социальное обслуживание | <input type="checkbox"/> Знакомый/Друг/Родственник/Сосед заявителя |
| <input type="checkbox"/> Сотрудник правоохранительных органов                                       | <input type="checkbox"/> Другое (укажите конкретно) _____          |
| <input type="checkbox"/> Окружной представитель детей и подростков                                  | _____  |

Я обладаю сведениями о том, что у заявителя есть опыт избежания домашнего насилия или что заявитель принял меры к тому, чтобы его избежать, и я делаю данное заявление в поддержку того факта, что подчинение перечисленным выше требованиям программы TANF/CCIS может поставить заявителя и членов его семьи в положение, связанное с риском дальнейшего домашнего насилия, может еще более понизить заявителю и членам его семьи возможность избежания домашнего насилия или может несправедливо наказать заявителя и членов его семьи, ставших жертвами домашнего насилия.

\_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ

## 4. САМОПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Я подтверждаю, что подчинение перечисленным выше требованиям программы TANF/CCIS может поставить меня и членов моей семьи в положение, связанное с риском дальнейшего домашнего насилия, может еще более понизить мне и членам моей семьи возможность избежания домашнего насилия или может несправедливо наказать меня и членов моей семьи, ставших жертвами домашнего насилия. Я не располагаю доказательствами домашнего насилия, и у меня нет возможности их безопасного получения.

\_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

## 5. GOOD CAUSE DECISION (CAO USE ONLY) (РЕШЕНИЕ ПО ПОВОДУ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ CAO))

- EXCUSED  NOT EXCUSED

\_\_\_\_\_ WORKER \_\_\_\_\_ DATE