

DISASTER FOOD ASSISTANCE IS AVAILABLE

FOR A LIMITED TIME!

Applications will be accepted December 3-7, 2018

You may be eligible for Disaster CalFresh food assistance (also known as D-CalFresh) if your household:

- ◇ Lived or worked in **Ventura County** in the following zip codes **91320, 91361, 91362, 91377, 93012, 93042, 93065** on **November 8**; and
- ◇ Incurred disaster-related expenses; or
- ◇ Experienced a disruption in income; or
- ◇ Had damage to your home or self-employment property; or
- ◇ Experienced food loss as a result of the fire or related power outages; and
- ◇ Are not already receiving CalFresh food assistance

*Note that there is a household income limit. For example, a household of 2 may qualify for a one-time benefit of **\$353** if their monthly available income and resources are less than **\$2,088** after considering disaster related impacts, including lost income and disaster-related expenses.*

Individuals and families who are not eligible for regular CalFresh may be eligible for Disaster CalFresh food assistance based on qualifying disaster-related expenses.

You can apply for Disaster CalFresh food assistance at the location below during set dates and times:

East County Community Service Center
2900 North Madera Road Suite 100
Simi Valley, CA 93065

Monday 12/3 and Tuesday 12/4 8:00 am – 5:00 pm

Wednesday 12/5 and Thursday 12/6 8:00 am – 7:00 pm; Friday 12/7 8:00 am – 5:00 pm

For additional application sites or more information, click or call:

<http://www.cdss.ca.gov/Disastercalfresh>

Ventura County: 1-888-472-4463

¡LA AYUDA DE COMIDA EN CASO DE DESASTRES ESTÁ DISPONIBLE POR UN TIEMPO LIMITADO!

Se aceptarán solicitudes del 3 al 7 de diciembre, 2018

Usted podría ser elegible para ayuda de comida de CalFresh en caso de Desastres (también conocido como D-CalFresh) si su hogar:

- ◇ Vivía o trabajaba en el **condado de Ventura** el 8 de noviembre en estos códigos postales: **91320, 91361, 91362, 91377, 93012, 93042, 93065**; **y**
- ◇ Tuvo gastos relacionados al desastre; o
- ◇ Sufrió una interrupción en los ingresos; o
- ◇ Tuvo daños en su hogar o en su propiedad de empleo por cuenta propia; o
- ◇ Sufrió pérdida de comida como resultado del incendio o por fallas eléctricas relacionadas; **y**
- ◇ No está ya recibiendo ayuda de comida de CalFresh

*Tome en cuenta que hay un límite para los ingresos del hogar. Por ejemplo, un hogar de 2 miembros puede calificar para un beneficio de una sola vez de **\$353** si sus ingresos y recursos mensuales disponibles son menos de **\$2,088** después de considerar el impacto relacionado al desastre, incluyendo los ingresos perdidos y los gastos relacionados al desastre.*

Las personas y familias que no son elegibles para beneficios regulares de CalFresh pueden ser elegibles para ayuda de comida de CalFresh en caso de Desastres basado en los gastos que califiquen relacionados al desastre.

Usted puede solicitar ayuda de comida de CalFresh en caso de Desastres en la siguiente localidad durante las fechas y horas establecidas:

East County Community Service Center
2900 North Madera Road Suite 100
Simi Valley, CA 93065

lunes 3/12 y martes 4/12, 8:00 am – 5:00 pm
miércoles 5/12 y jueves 6/12, 8:00 am – 7:00 pm; viernes 7/12, 8:00 am – 5:00 pm

Para sitios de solicitud adicionales o más información, visite o llame:

<http://www.cdss.ca.gov/Disastercalfresh>

Condado de Ventura: 1-888-472-4463

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

Este proyecto ha sido financiado al menos en parte con fondos Federales del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. El contenido de esta publicación no necesariamente refleja la opinión o las reglas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, ni se implica la promoción por el Gobierno de los Estados Unidos de nombres comerciales, productos comerciales, u organizaciones al hacerles mención.

APPLICATION FOR DISASTER CALFRESH

COUNTY USE ONLY	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

Disaster benefit period: _____ to _____

IMPORTANT INFORMATION – READ CAREFULLY

YOUR RIGHTS AS AN APPLICANT OR RECIPIENT:

- To be served without regard to race, color, national origin, religion, political affiliation, sex, handicap, or age, and to file a complaint if you feel you have been discriminated against.
- To get Disaster CalFresh benefits within one to three calendar days of the date the application is filed, if you are eligible.
- To talk about any action regarding your case with the County Welfare Department and to ask for a state hearing within 90 days of approval or denial of application.
- To have an immediate review by a supervisor if your application is denied.
- To file a complaint or ask for a state hearing by writing to your County Welfare Department or by calling toll-free 1-800-952-5253. The toll-free number for the deaf (TDD) is 1-800-952-8349.
- To represent yourself at a state hearing or be represented by a household member, friend, attorney, or any other person.
- To have another member of your household, or another adult who knows you, complete this application. If it is completed by an adult who is not a member of your household, attach written approval signed by the head of household or another adult household member.

YOUR RESPONSIBILITIES AS AN APPLICANT OR RECIPIENT:

- Answer the questions truthfully and completely, the best you can. If you refuse to provide any of the needed information, you will not get Disaster CalFresh benefits.
- At your interview, you must verify the identity of the head of household, the identity of the person completing the application, and if possible, proof of the household's residence and/or work address at the time of the disaster.
- You must cooperate with county, state and federal staff if you are selected for a review after the disaster period.

- You can authorize someone to receive, or use your Disaster CalFresh benefits. If you would like to authorize someone, complete the information below:

NAME OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE	TELEPHONE NUMBER
ADDRESS INCLUDING CITY AND ZIP CODE	
<input type="checkbox"/> PICK UP EBT CARD ONLY	<input type="checkbox"/> PICKUP EBT CARD TO PURCHASE FOOD FOR HOUSEHOLD

PENALTY WARNING!!

IF YOUR HOUSEHOLD GETS DISASTER CALFRESH BENEFITS, YOU MUST FOLLOW THE RULES LISTED BELOW. FAILING TO REPORT INFORMATION OR MISREPRESENTATION OF FACTS CAN RESULT IN LEGAL PROSECUTION WITH PENALTIES OF A FINE, IMPRISONMENT OR BOTH. THE PENALTIES CAN RESULT IN DISQUALIFICATION FROM THE PROGRAM, FINES UP TO \$250,000 OR IMPRISONMENT FOR UP TO 20 YEARS. THE DISQUALIFICATION PENALTIES ARE 12 MONTHS FOR THE FIRST VIOLATION, 24 MONTHS FOR THE SECOND VIOLATION, AND PERMANENT DISQUALIFICATION FOR THE THIRD VIOLATION.

- Do not give false information or withhold information to get Disaster CalFresh benefits.
- Do not trade or sell your Disaster CalFresh benefits, or any other issuance device.
- Do not alter your EBT card or any other issuance device to get Disaster CalFresh benefits you are not entitled to receive.
- Do not use Disaster CalFresh benefits to buy ineligible items such as alcoholic drinks and tobacco.
- Do not use someone else's EBT card, or any other issuance device for your household.

INSTRUCTIONS: Please complete the questions on this form for your expected circumstances during the disaster benefit period shown above.

NAME (HEAD OF HOUSEHOLD)	
PERMANENT HOME ADDRESS AT TIME OF DISASTER	TELEPHONE NUMBER
TEMPORARY ADDRESS	TELEPHONE NUMBER
MAILING ADDRESS	TELEPHONE NUMBER
WORK ADDRESS AT THE TIME OF DISASTER	TELEPHONE NUMBER

COUNTY USE ONLY

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:

PART A – HOUSEHOLD SITUATION. (You must check Yes or No for each question)

- Was anyone in your household living working or both (check appropriate box) in the disaster area at the time of the disaster?
- Are you unable to get to your household's income or cash resources? YES NO
- Have your income or cash resources been lowered, delayed or stopped because of the disaster? YES NO
- Will you be buying food and preparing meals during the disaster benefit period? YES NO
- Is anyone in your household employed by _____? YES NO
NAME OF COUNTY/STATE CALFRESH AGENCY

PART B – HOUSEHOLD MEMBERS

5. List the names of all persons applying for Disaster CalFresh benefits. Include only persons who were living with you at the time of the disaster. If you are temporarily staying with another household because of the disaster, do not list members of that household. *Telling your Social Security Number (SSN) is voluntary. It will be used for identification purposes only.

NAME (HEAD OF HOUSEHOLD) (HH)		SSN*	BIRTHDATE
a.	NAME	RELATION TO HH	SSN* BIRTHDATE
b.	NAME	RELATION TO HH	SSN* BIRTHDATE
c.	NAME	RELATION TO HH	SSN* BIRTHDATE
d.	NAME	RELATION TO HH	SSN* BIRTHDATE
e.	NAME	RELATION TO HH	SSN* BIRTHDATE
f.	NAME	RELATION TO HH	SSN* BIRTHDATE
g.	NAME	RELATION TO HH	SSN* BIRTHDATE

COUNTY USE ONLY

Household size for the number of persons listed in 5 _____

PART C – INCOME/RESOURCES/EXPENSES

6. a. What is the total amount of take home pay or other income all persons listed above have received or will get during the disaster benefit period? \$ _____
- b. List all your income sources:

7. List all cash resources the persons listed above will be able to get to during the disaster benefit period. Do not include any money listed in number 6.

Cash on Hand	Savings Accounts	Checking Accounts	Other
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. Enter the amount of expenses for losses or damages related to the disaster which you have paid or expect to pay during the disaster period. Do not list amounts which will be paid by someone who is not listed above or which will be reimbursed during the disaster period. Eligible expenses may include some of the following:

- a. Expenses to repair damage to the household's home or other property essential to employment or self-employment of a household member. \$ _____
- b. Temporary shelter expenses if the home is uninhabitable or the household cannot reach it; \$ _____
- c. Expenses for moving out of the area which was evacuated due to the disaster; \$ _____
- d. Expenses related to protection of a home or business from disaster damage; \$ _____
- e. Medical expenses due to personal injury. \$ _____
- f. Disaster-related funeral expenses. \$ _____
- g. Disaster-related pet boarding fees. \$ _____
- h. Expenses related to replacing necessary personal and household items, such as clothing, appliances, tools and education materials. \$ _____
- i. Fuel for primary heating source. \$ _____
- j. Clean-up items expense. \$ _____
- k. Disaster-damaged vehicle expenses. \$ _____
- l. Storage expenses. \$ _____

9. a. Is anyone listed above currently getting CalFresh benefits? YES NO
If yes, Who? _____ County _____ State _____ Monthly Allotment \$ _____
- b. Did they ask for or get replacement CalFresh benefits for this month? YES NO
If yes, how much did they receive or will receive? _____

YOUR CERTIFICATION

I certify that I understand the questions on the application and that my household is in need of Disaster CalFresh benefits. I have read the above Penalty Warning (or had it read to me). I authorize the release of any information necessary to determine the accuracy of my eligibility. If I am selected, I will fully cooperate with county, state and federal staff in a review to be conducted after the disaster benefit period. I also understand that I may be required to repay any benefits which are overpaid because I, another adult household member, or the authorized representative reports incorrect or incomplete information.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the information contained on my application is true, correct, and complete.

SIGNATURE (ADULT HOUSEHOLD MEMBER OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)	DATE	WORKER'S SIGNATURE	DATE
WITNESS, IF YOU SIGNED WITH AN "X"	DATE	SUPERVISOR'S SIGNATURE	DATE

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

SOLICITUD PARA LOS BENEFICIOS DE CALFRESH EN CASO DE DESASTRE

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NUMBER

WORKER

DATE RECEIVED

Período de beneficios por desastre: de _____ a _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE – LEA CUIDADOSAMENTE

SUS DERECHOS COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO:

- A que se le atienda sin considerar su raza, color, origen nacional, religión, afiliación política, sexo, impedimento, o edad; y a presentar una queja si piensa que se le ha discriminado.
- A recibir los beneficios de CalFresh en caso de desastre dentro del plazo de uno a tres días consecutivos contados a partir de la fecha que presente la solicitud, si reúne los requisitos.
- A hablar con el Departamento de Bienestar del Condado sobre cualquier acción relacionada con su caso y a pedir una audiencia con el Estado dentro del plazo de 90 días contados a partir de la fecha en que se apruebe o se niegue la solicitud.
- A que un supervisor haga una revisión inmediata de su caso si se niega su solicitud.
- A presentar una queja o pedir una audiencia con el Estado escribiéndole al Departamento de Bienestar del Condado en su localidad o llamando al número gratuito 1-800-952-5253. El número gratuito para sordos (TDD) es el 1-800-952-8349.
- A representarse a sí mismo en una audiencia con el Estado o a que le represente un miembro del hogar, un amigo, un abogado, o cualquier otra persona.
- A dejar que un miembro de su grupo, u otro adulto que lo conozca a usted, complete esta solicitud. Si la solicitud se completa por otra persona que no es miembro de su hogar, adjunte un permiso por escrito firmado por el jefe de la familia u otro miembro adulto del hogar.

SUS RESPONSABILIDADES COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO:

- Contestar las preguntas, lo mejor que pueda, de manera completa y verdadera. Si usted se rehúsa a proporcionar cualquiera de la información necesaria, no recibirá los beneficios de CalFresh en caso de desastre.
- Durante su entrevista, usted tiene que verificar la identidad del jefe de la familia, la identidad de la persona que complete la solicitud, y si es posible, presentar pruebas del domicilio del hogar y/o dirección del trabajo cuando ocurrió el desastre.
- Usted tiene que cooperar con el personal del Condado, del Estado y del gobierno federal, si usted es seleccionado para que se haga una revisión de su caso después del período de desastre.

- Usted puede autorizar a otra persona para que reciba por usted o use sus beneficios de CalFresh en caso de desastre. Si desea autorizar a alguien, complete la información a continuación:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN, INCLUYENDO LA CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL	
<input type="checkbox"/> SOLAMENTE RECOGER LA TARJETA DE EBT (TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS)	<input type="checkbox"/> RECOGER LA TARJETA DE EBT PARA COMPRAR ALIMENTOS PARA EL HOGAR

¡ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES!

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE CALFRESH EN CASO DE DESASTRE, USTED TIENE QUE SEGUIR LAS REGLAS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN. EL NO REPORTAR INFORMACIÓN O EL FALSIFICAR LOS HECHOS PUEDE RESULTAR EN EL ENJUICIAMIENTO LEGAL CON SANCIONES DE MULTA, ENCARCELAMIENTO O AMBAS COSAS. LAS SANCIONES PUEDEN CAUSAR DESCALIFICACIÓN DEL PROGRAMA, MULTAS DE HASTA \$250,000 DÓLARES O ENCARCELAMIENTO POR HASTA 20 AÑOS. LAS SANCIONES DE DESCALIFICACIÓN SON DE 12 MESES POR LA PRIMERA OFENSA, 24 MESES POR LA SEGUNDA OFENSA Y DESCALIFICACIÓN PERMANENTE POR LA TERCERA OFENSA.

- No dé información falsa, ni retenga información para obtener los beneficios de CalFresh en caso de desastre.
- No cambie ni venda sus beneficios de CalFresh, ni cualquier otra autorización para beneficios.
- No altere su tarjeta de EBT, ni ninguna otra autorización, con el fin de obtener los beneficios de CalFresh a los cuales no tiene derecho a recibir.
- No use los beneficios de CalFresh en caso de desastre para comprar artículos que no estén autorizados, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use para su hogar los beneficios de CalFresh en caso de desastre, las tarjetas de EBT, ni cualquier otra autorización para beneficios que pertenezcan a otra persona.

INSTRUCCIONES: Por favor, complete las preguntas de este formulario en relación a las circunstancias que se esperan durante el período de beneficios por desastre indicado arriba.

NOMBRE (JEFE DEL HOGAR)	
DIRECCIÓN PERMANENTE CUANDO OCURRIÓ EL DESASTRE	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN TEMPORAL	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN PARA EL CORREO	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN DEL TRABAJO CUANDO OCURRIÓ EL DESASTRE	NÚMERO DE TELÉFONO

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

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:

PARTE A – SITUACIÓN DEL HOGAR. (Usted tiene que marcar “SÍ” o “NO” para cada pregunta.)

- ¿Estaba alguna persona de su hogar viviendo trabajando o ambas cosas (marque la casilla apropiada) en el área donde ocurrió el desastre?
- ¿Usted no puede tener acceso a los ingresos o recursos monetarios del hogar? SÍ NO
- ¿Se han reducido, retrasado, o suspendido sus ingresos o recursos monetarios debido al desastre? SÍ NO
- ¿Va usted a comprar alimentos y preparar comidas durante el período de beneficios por desastre? SÍ NO
- ¿Alguna persona en su hogar trabaja para _____? SÍ NO
NOMBRE DE LA OFICINA DE CALFRESH DEL CONDADO/ESTADO

PARTE B – MIEMBROS DEL HOGAR

5. Anote los nombres de todas las personas que están solicitando los beneficios de CalFresh en caso de desastre. Incluya solamente las personas **que estaban viviendo con usted cuando ocurrió el desastre**. Si debido al desastre, usted se está quedando temporalmente en otro hogar, **no anote los miembros de ese hogar**. *El anotar el número de Seguro Social (SSN) es voluntario. El SSN se usará solamente para el propósito de identificación.

NOMBRE (JEFE DEL HOGAR) (HH)		SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
a.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
b.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
c.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
d.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
e.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
f.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
g.			

PARTE C – INGRESOS/RECURSOS/GASTOS

6. a. ¿Cuál es la cantidad total neta que le pagan y lleva a su casa y/u otros ingresos que todas las personas mencionadas arriba han recibido o recibirán durante el período de beneficios por desastre \$ _____
 b. Anote todas sus fuentes de ingresos:

7. Anote todos los recursos en efectivo que las personas mencionadas arriba podrán obtener durante el período de beneficios por desastre. No incluya el dinero que haya anotado en el número 6.

Dinero en efectivo	Cuentas de ahorros	Cuentas de cheques	Otros recursos
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. Anote la cantidad de gastos por pérdidas o daños, relacionados con el desastre, que ha pagado o espera pagar durante el período de desastre. No anote las cantidades que pagarán personas que no estén anotadas arriba o que se le reembolsarán durante el período de desastre. Los gastos elegibles pueden incluir algunos de los siguientes:

- a. Gastos para reparar daños a la casa del hogar u otros bienes esenciales para el empleo o el empleo por cuenta propia de un miembro del hogar. \$ _____
- b. Gastos de vivienda temporal si la casa está inhabitable o si no se puede llegar a ella. \$ _____
- c. Gastos para mudarse del área que se tuvo que evacuar debido al desastre. \$ _____
- d. Gastos para proteger una casa o negocio del daño de un desastre. \$ _____
- e. Gastos médicos debido a una lesión personal. \$ _____
- f. Gastos de funeral a causa del desastre. \$ _____
- g. Cuotas para albergar a una mascota a causa del desastre. \$ _____
- h. Gastos para reemplazar artículos personales y del hogar, tales como ropa, artículos domésticos, herramientas y materiales de educación. \$ _____
- i. Combustible para una fuente de calor principal. \$ _____
- j. Gastos de artículos para limpieza. \$ _____
- k. Gastos de vehículos dañados por el desastre. \$ _____
- l. Gastos para almacenamiento. \$ _____

9. a. ¿Está alguna de las personas mencionadas arriba actualmente recibiendo beneficios de CalFresh? SÍ NO
 Si la respuesta es "SÍ",
 ¿Quién? _____ Condado _____ Estado _____ Asignación mensual _____
 b. ¿Solicitaron o recibieron el reemplazo de beneficios de CalFresh para este mes? SÍ NO
 Si la respuesta es "SÍ", ¿cuánto recibieron o recibirán? _____

SU CERTIFICACIÓN

Certifico que entiendo las preguntas de la solicitud y que mi hogar necesita asistencia en la forma de beneficios de CalFresh en caso de desastre. He leído la advertencia anterior sobre sanciones (o me lo han leído). Autorizo a que se divulgue cualquier información necesaria para determinar si es verdad que reúno los requisitos. Si se me selecciona, cooperaré plenamente con el personal del Condado, Estado y gobierno federal en la revisión que se llevará a cabo después del período de beneficios por desastre. También entiendo que se puede requerir que devuelva lo que se me pague en exceso a causa de que yo, otro miembro adulto de mi hogar, o el representante autorizado reporte información incorrecta o incompleta.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en mi solicitud es verdadera, correcta y completa.

FIRMA (MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

FECHA

TESTIGO, SI USTED FIRMÓ CON UNA "X"

FECHA

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

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

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE