



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Заявление на получение льгот в штате Пенсильвания

This is an application for cash, health care and SNAP benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de SNAP, asistencia médica y asistencia monetaria. Si necesita esta solicitud en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La ayuda bilingüe será gratuita.

Đây là đơn xin trợ cấp y tế, tiền mặt và trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng ngôn ngữ khác hoặc cần người khác thông dịch, vui lòng liên lạc với văn phòng trợ cấp của quận tại địa phương quý vị. Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

Это заявление на получение денежной и медицинской помощи, а также пособия SNAP (Программы продовольственной помощи). Если вам требуется устный переводчик или данное заявление на другом языке, обратитесь в окружной отдел социального обеспечения. Языковая поддержка предоставляется бесплатно.

本申请书用于申请现金、医疗援助及补充营养援助计划 (SNAP) 之福利。若您需要本申请书的其他语言版本或需口译员, 请联系您当地的县援助办公室。将提供免费语言协助。

នេះជាពាក្យសុំប្រាក់ សុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសា នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

Если у вас имеется какой-либо физический недостаток, и вам необходимо, чтобы это заявление было напечатано крупным шрифтом или выполнено формате, звоните по нашей линии содействия по телефону **1-800-692-7462**.

Глухие, слабослышащие или страдающими нарушениями речи лица, желающие обратиться по этой линии, могут воспользоваться телетайпной службой штата Пенсильвания, позвонив по телефону **711**.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Вы можете подать заявление по Интернету по следующей ссылке: www.compass.state.pa.us.



Безопасность семей: информация о ваших льготах и домашнем насилии

Домашнее насилие происходит в тех случаях, когда кто-либо из проживающих вместе с вами лиц наносит вам травму. Насилие может быть физическим, сексуальным или эмоциональным. Оно включает следующее:

- Физические травмы, нанесенные вам или вашим детям
- Угроза или попытка нанесения травм вам или вашим детям, либо ущерба вашей собственности
- Принуждение вас к сексу
- Сексуальное насилие над вашими детьми
- Контроль над тем, куда вы идете и с кем встречаетесь
- Лишение вас или ваших детей еды, одежды или медицинского обслуживания
- Лишение вас возможности ходить на работу или в учебное заведение
- Преследование или домогательство

Если вы являетесь или были жертвой домашнего насилия, или находитесь под риском стать объектом домашнего насилия в будущем, то социальный работник, ведущий ваше дело, может освободить вас от выполнения требований для получения денежной помощи, если вы не можете выполнить их из-за домашнего насилия. Иногда получатели велфера не могут удовлетворять требованиям из-за того, что они боятся, что, если они это сделают, то они или их дети станут жертвами насилия. В число этих требований входят:

- Сотрудничество при получении поддержки
- Пределы по времени
- Работа (программа RESET)
- Требования о том, чтобы родители подростков жили дома
- Прочие требования для отдельных случаев
- Проверка

Если вам необходимо освобождение от выполнения требований для получения велфера из-за домашнего насилия, обратитесь к социальному работнику, ведущему ваше дело.

Если вы или ваши дети стали жертвами домашнего насилия или подвергаетесь риску насилия в будущем, социальный работник, ведущий ваше дело, может сделать следующее:

- **Поговорить** с вами, если вы захотите разговаривать. Вы можете попросить о разговоре наедине. Социальный работник, ведущий ваше дело, и персонал будут хранить в тайне вашу личную информацию. Однако по закону Управление социальных услуг обязано сообщать о насилии над детьми в Управление по делам детства и юношества.
- **Помочь** вам найти местные программы, в рамках которых вы сможете получить услуги психотерапевта, содействие в планировании безопасности, приют, юридические услуги и прочую помощь.
- **Помочь** вам понять правила подачи заявлений на получение денежной помощи и уяснить, как эти правила влияют на вас, если вы подаете заявление. Определенные требования Программы оказания помощи нуждающимся семьям (TANF) могут быть отменены в случае домашнего насилия.

Обращайтесь за дополнительной информацией о помощи при кризисе, услугах психотерапевта, сопровождении в полицию, медицинских и судебных учреждениях, временном приюте в экстренной ситуации, а также профилактических и просветительских программах, позвонив по следующим телефонам:

Коалиция штата Пенсильвания по борьбе с домашним насилием
1-800-932-4632 (из штата Пенсильвания) 303-839-1852 (отовсюду из США)

Программа JobGateway – важная информация

JobGateway – это программа Управления труда и промышленности штата Пенсильвания по оказанию помощи в поисках работы. Сотрудники Управления знают текущие условия на бирже труда и могут предоставить информацию и ресурсы для оказания содействия в поисках работы.

Все клиенты могут пользоваться программой JobGateway. **Обратите внимание, что если вы подаете заявление на получение денежной помощи по Программе оказания помощи нуждающимся семьям (TANF) и вам больше 18 лет, вы обязаны еженедельно подавать не менее трех заявлений о приеме на работу в период рассмотрения нами вашего заявления.**

Мы можем освободить вас от выполнения этого требования, если вы уже работаете 20 часов в неделю, имеете физические или психические недостатки, имеете ребенка возрастом до одного года, имеете ребенка возрастом до шести лет и не можете отдать его в дошкольное детское учреждение, должны оставаться дома для ухода за инвалидом, стали жертвой домашнего насилия, не можете пользоваться транспортом или у вас есть иная уважительная причина. От вас потребуются обосновать эти обстоятельства наилучшим образом. Принесите все обосновывающие материалы на собеседование по предоставлению денежной помощи.

Дополнительная информация о том, как доказать выполнение заявителем требования о поиске работы или доказать наличие у вас оснований на освобождение от выполнения этого требования, будет включена в пакет документов, выданный вам или направленный по почте социальным работником, ведущим ваше дело. Для того чтобы приступить к поиску, вам настоятельно рекомендуется зарегистрироваться на портале JobGateway. Вы можете зарегистрироваться на портале JobGateway с сайта www.jobgateway.pa.gov/.





Штат Пенсильвания получает информацию от прочих ведомств штатов и федеральных ведомств для проверки информации, предоставленной вами. Если вы представите неправдивую информацию, скроете или не представите факты, которые могут повлиять на ваше право на получение льгот, вы, возможно, будете обязаны компенсировать полученные льготы, а также, возможно, подвергнетесь уголовному преследованию и будете лишены права на получение определенных льгот в будущем.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Вы можете подать заявление по Интернету по следующей ссылке:

www.compass.state.pa.us

Подать заявление просто!

1. Заполните эту форму.
2. Подпишите форму и проставьте дату на странице 1 и странице 15.
3. Принесите свою форму или отправьте ее по факсу или почте в ваше окружное отделение социальной помощи (CAO) своего округа.

Заинтересованы ли вы в получении каких-либо иных услуг?

Проставьте галочку в соответствующей клетке, если вас интересует информация по какой-либо иной услуге из следующего списка:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Специальные условия для трудоустройства или обучения (например, инструменты) | <input type="checkbox"/> Трудоустройство и обучение | |
| <input type="checkbox"/> Образовательная программа Head Start (для детей возрастом от 3 до 6 лет) | <input type="checkbox"/> Дошкольное детское учреждение | |
| <input type="checkbox"/> Программа LIHEAP (содействие в пользовании энергоносителями) | <input type="checkbox"/> Профессиональное переобучение | |
| <input type="checkbox"/> Услуги на дому или по месту жительства (альтернативные услуги) | <input type="checkbox"/> Программа WIC (услуги для женщин и детей) | |
| <input type="checkbox"/> Программа Lifeline (телефонные услуги по сниженной цене) | <input type="checkbox"/> Долгосрочный уход (уход в доме престарелых) | |
| <input type="checkbox"/> Школьное питание (бесплатное или по сниженной цене) | <input type="checkbox"/> Банк продовольствия | <input type="checkbox"/> Содействие в обеспечении жильем |
| <input type="checkbox"/> Планирование семьи (противозачаточные средства) | <input type="checkbox"/> Пособия на ребенка | <input type="checkbox"/> Услуги для ветеранов Вооруженных сил |
| <input type="checkbox"/> Услуги для лиц с интеллектуальными недостатками | <input type="checkbox"/> Прививки (уколы) | <input type="checkbox"/> Клиники для детей младшего возраста |
| <input type="checkbox"/> Прочее: _____ | <input type="checkbox"/> Дополнительное социальное обеспечение (SSI) | |

Вопросы?

Звоните в Центр обслуживания клиентов (CUSTOMER SERVICE CENTER) вашего окружного отделения социальной помощи по телефону 1-877-395-8930. В Филадельфии звоните по телефону **1-215-560-7226**. Мы всегда готовы помочь вам. Звоните с понедельника по пятницу с 8:30 до 17:00. Номер телетайп для лиц с недостатками слуха – **711**.

Только для использования работниками медицинских учреждений / Medical Providers Use Only

| | | |
|---------------|-----------------|------------------------------------|
| PROVIDER NAME | PROVIDER NUMBER | <input type="checkbox"/> EMERGENCY |
|---------------|-----------------|------------------------------------|

Только для использования работниками окружного отделения социальной помощи (CAO) / CAO Use Only

| | | | | | |
|---------------------------------|----------|--------|----------|---------------|------------|
| APPLICATION REGISTRATION NUMBER | CASELOAD | COUNTY | DISTRICT | RECORD NUMBER | DATE STAMP |
|---------------------------------|----------|--------|----------|---------------|------------|



Ускоренное получение льгот по программе SNAP!

Получите льготы по программе SNAP сейчас!

(Программа SNAP ранее называлась программой продовольственных талонов)

- Располагает ли ваша семья суммой не более 100 долларов США наличными и на банковских счетах, и предполагает ли она получить доход в сумме не более 150 долларов США за этот месяц?
- Являетесь ли вы сельскохозяйственным рабочим-мигрантом или сезонным сельскохозяйственным рабочим?
- Превышают ли ваши расходы на оплату съемного жилья (ипотеки) и коммунальных услуг ваш ежемесячный валовой доход, наличные средства и средства на банковских счетах?

Если ответ на какой-либо из этих вопросов – “ДА”, вы, возможно, имеете право на ускоренное получение льгот по программе SNAP.

Это означает, что вы можете получить льготы по программе SNAP в течение пяти календарных дней со дня подачи заявления. Обратитесь за этой информацией в ваше окружное отделение социальной помощи.

Подайте заявление на получение льгот по программе SNAP сегодня!

Вы имеете право подать свое заявление сегодня в любое время до 17:00. Сотрудник окружного отделения социальной помощи должен в вашем присутствии проставить на заявлении дату его получения.

Если вам отказано в ускоренном получении льгот по программе SNAP, вы имеете право на проведение собеседования с управлением в течение двух рабочих дней с участием супервайзера окружного отделения социальной помощи. Если вы считаете, что вы были лишены своих прав или не получили услуг, либо окружное отделение социальной помощи не приняло ваше заявление, переданное из рук в руки, или не проставило на нем дату его получения, попросите переговорить с супервайзером или позвоните по линии бесплатного получения помощи 1-800-692-7462, международные звонки по которой бесплатны.

Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в своем местном юридическом офисе.



Расскажите нам о проживающих с вами лицах:

Нам необходимо собрать информацию обо всех лицах, проживающих по вашему адресу, даже если эти лица не подают заявление на получение льгот. **Если вы подаете заявление на получение медицинского обслуживания, укажите всех лиц, указанных в вашей федеральной налоговой декларации, даже если они не проживают с вами.**

Примечание: для получения льгот вам необязательно подавать налоговую декларацию.

| Лицо 1 (Начните с себя) | | | CAO Use Only Line #: | |
|--|---|--|---|---|
| Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)): | | Подаете ли вы заявление за себя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Номер социального обеспечения: |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): | Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Номер водительского удостоверения или удостоверения, выданного государственными органами, если у вас есть таковое: | | Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от супруги(а) |
| Учитесь ли вы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, то в каком классе или на каком курсе? | Наименование учебного заведения: | | Учитесь по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Беременны ли вы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, то какова ожидаемая дата родов? | | Сколько детей вы ожидаете родить? | |
| Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за себя | | | | |
| Если вы подаете заявление только на услуги по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы. | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если вы не имеете права на полное медицинское покрытие, желаете ли вы, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении вам только покрытия услуг по программе планирования семьи? | | |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если вы моложе 21 года, мы учитываем только ваш доход при решении вопроса о том, имеете ли вы право на получение услуг по программе планирования семьи. Если вы желаете, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении вам полного медицинского покрытия, нам будет необходимо учесть доход вашей семьи, включая доход ваших родителей (или одного из них). Желаете ли вы, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении вам только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного медицинского покрытия? | | |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Независимо от вашего возраста, опасаетесь ли вы, что получение вами по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к нанесению вам физической, эмоциональной или иной травмы вашим(ей) супругом(ой), родителями или иным лицом? | | |
| Являетесь ли вы гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | | | |
| Если вы не являетесь гражданином США или заморских территорий США, ответьте на следующие вопросы: | Имеете ли вы статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да | | Если да, укажите вид документа и его идентификационный номер: | Идентификационный номер документа: |
| | Есть ли у вас спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Проживали ли вы в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |
| РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты) | <input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____ <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) | | | |
| НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) | <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец | | | |



| Лицо 2 | | CAO Use Only Line #: |
|---|--|---|
| Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)): | | Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГТТГ): | | Номер социального обеспечения: |
| Номер водительского удостоверения или удостоверения, выданного государственными органами, если у этого лица есть таковое: | | Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от супруги(а) |
| Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Прочее _____ | Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то в каком классе или на каком курсе? | Наименование учебного заведения: |
| Учитесь по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Учитесь по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то какова ожидаемая дата родов? | Сколько детей вы ожидаете родить? |

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за себя

| | | |
|---|---|--|
| Если вы подаете заявление только на услуги по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы. | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо не имеет права на полное медицинское покрытие, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему только покрытия услуг по программе планирования семьи? |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо 21 года, мы учитываем только его (ее) доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если оно желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) полного медицинского покрытия, нам будет необходимо учесть доход его (ее) семьи, включая доход его (ее) родителей (или одного из них). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного медицинского покрытия? |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Независимо от возраста этого лица, опасается ли оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к нанесению ему (ей) физической, эмоциональной или иной травмы его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? |
| Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | |
| Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы: | Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да | Если да , укажите вид документа и его идентификационный номер: |
| | Вид документа: | Идентификационный номер документа: |
| Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты) | <input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____ | |
| НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) | |
| | <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец | |

| Лицо 3 | | CAO Use Only Line #: |
|---|--|---|
| Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)): | | Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГТТГ): | | Номер социального обеспечения: |
| Номер водительского удостоверения или удостоверения, выданного государственными органами, если у этого лица есть таковое: | | Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от супруги(а) |
| Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Прочее _____ | Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то в каком классе или на каком курсе? | Наименование учебного заведения: |
| Учитесь по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Учитесь по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то какова ожидаемая дата родов? | Сколько детей вы ожидаете родить? |

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за себя

| | | |
|---|---|--|
| Если вы подаете заявление только на услуги по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы. | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо не имеет права на полное медицинское покрытие, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему только покрытия услуг по программе планирования семьи? |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо 21 года, мы учитываем только его (ее) доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если оно желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) полного медицинского покрытия, нам будет необходимо учесть доход его (ее) семьи, включая доход его (ее) родителей (или одного из них). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного медицинского покрытия? |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Независимо от возраста этого лица, опасается ли оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к нанесению ему (ей) физической, эмоциональной или иной травмы его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? |
| Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | |
| Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы: | Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да | Если да , укажите вид документа и его идентификационный номер: |
| | Вид документа: | Идентификационный номер документа: |
| Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты) | <input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____ | |
| НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) | |
| | <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец | |



| Лицо 4 | | | CAO Use Only Line #: |
|---|--|--|---|
| Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)): | | Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Номер социального обеспечения: |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): | Номер водительского удостоверения или удостоверения, выданного государственными органами, если у этого лица есть таковое: | Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от супруги(а) | |
| Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Прочее _____ | Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |
| Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то в каком классе или на каком курсе? | Наименование учебного заведения: | Учитесь по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то какова ожидаемая дата родов? | Сколько детей вы ожидаете родить? | |
| Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за себя | | | |
| Если вы подаете заявление только на услуги по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы. | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо не имеет права на полное медицинское покрытие, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему только покрытия услуг по программе планирования семьи? | |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо 21 года, мы учитываем только его (ее) доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если оно желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) полного медицинского покрытия, нам будет необходимо учесть доход его (ее) семьи, включая доход его (ее) родителей (или одного из них). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного медицинского покрытия? | |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Независимо от возраста этого лица, опасается ли оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к нанесению ему (ей) физической, эмоциональной или иной травмы его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? | |
| Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | | |
| Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы: | Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да | Если да , укажите вид документа и его идентификационный номер: | Идентификационный номер документа: |
| | Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |
| РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты) | <input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____ | | |
| НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) | <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец | | |

| Лицо 5 | | | CAO Use Only Line #: |
|---|--|--|---|
| Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)): | | Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Номер социального обеспечения: |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): | Номер водительского удостоверения или удостоверения, выданного государственными органами, если у этого лица есть таковое: | Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от супруги(а) | |
| Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Прочее _____ | Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |
| Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то в каком классе или на каком курсе? | Наименование учебного заведения: | Учитесь по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то какова ожидаемая дата родов? | Сколько детей вы ожидаете родить? | |
| Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за себя | | | |
| Если вы подаете заявление только на услуги по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы. | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо не имеет права на полное медицинское покрытие, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему только покрытия услуг по программе планирования семьи? | |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо 21 года, мы учитываем только его (ее) доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если оно желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) полного медицинского покрытия, нам будет необходимо учесть доход его (ее) семьи, включая доход его (ее) родителей (или одного из них). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного медицинского покрытия? | |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Независимо от возраста этого лица, опасается ли оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к нанесению ему (ей) физической, эмоциональной или иной травмы его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? | |
| Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | | |
| Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы: | Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да | Если да , укажите вид документа и его идентификационный номер: | Идентификационный номер документа: |
| | Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |
| РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты) | <input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____ | | |
| НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) | <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец | | |



| Лицо 6 | | CAO Use Only Line #: |
|---|--|---|
| Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)): | | Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): | | Номер социального обеспечения: |
| Номер водительского удостоверения или удостоверения, выданного государственными органами, если у этого лица есть таковое: | | Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от супруги(а) |
| Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Прочее _____ | Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то в каком классе или на каком курсе? | Наименование учебного заведения: |
| Учитесь по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | |
| Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то какова ожидаемая дата родов? | Сколько детей вы ожидаете родить? |

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за себя

| | | |
|---|---|--|
| Если вы подаете заявление только на услуги по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы. | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо не имеет права на полное медицинское покрытие, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему только покрытия услуг по программе планирования семьи? |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо 21 года, мы учитываем только его (ее) доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если оно желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) полного медицинского покрытия, нам будет необходимо учесть доход его (ее) семьи, включая доход его (ее) родителей (или одного из них). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного медицинского покрытия? |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Независимо от возраста этого лица, опасается ли оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к нанесению ему (ей) физической, эмоциональной или иной травмы его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? |
| Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | |
| Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы: | Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да | Если да , укажите вид документа и его идентификационный номер: |
| | Вид документа: | Идентификационный номер документа: |
| Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты) | <input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____ | |
| НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) | |
| | <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец | |

| Лицо 7 | | CAO Use Only Line #: |
|---|--|--|
| Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)): | | Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): | | Номер социального обеспечения: |
| Номер водительского удостоверения или удостоверения, выданного государственными органами, если у этого лица есть таковое: | | Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от супруги(а) |
| Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Прочее _____ | Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то в каком классе или на каком курсе? | Наименование учебного заведения: |
| Учитесь по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | |
| Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да , то какова ожидаемая дата родов? | Сколько детей вы ожидаете родить? |
| Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за себя | | |
| Если вы подаете заявление только на услуги по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы. | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо не имеет права на полное медицинское покрытие, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему только покрытия услуг по программе планирования семьи? |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если это лицо 21 года, мы учитываем только его (ее) доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если оно желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) полного медицинского покрытия, нам будет необходимо учесть доход его (ее) семьи, включая доход его (ее) родителей (или одного из них). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему (ей) только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного медицинского покрытия? |
| | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Независимо от возраста этого лица, опасается ли оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к нанесению ему (ей) физической, эмоциональной или иной травмы его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? |
| Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | |
| Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы: | Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да | Если да , укажите вид документа и его идентификационный номер: |
| | Вид документа: | Идентификационный номер документа: |
| Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты) | <input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____ | |
| НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) | |
| | <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец | |



Прочие вопросы о лицах, проживающих вместе с вами:

Ответьте на эти вопросы за себя и всех проживающих с вами лиц, подающих заявление на получение льгот.

| | | |
|---|---|---|
| Получает ли кто-либо денежную помощь, медицинское обслуживание или услуги по программе SNAP в каком-либо другом штате в данный момент? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, укажите штат и округ? |
| Были ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц лишены права или согласились на лишение права на получение продовольственных талонов или льгот по программе SNAP в другом штате? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, укажите кто: |
| Подавал ли кто-либо когда-либо заявление на получение каких-либо льгот, используя другие имя, фамилию или номер социального обеспечения? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, укажите эти имя, фамилию и номер социального обеспечения: |
| Является или являлся ли кто-либо военнослужащим Вооруженных сил США? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Является кто-либо вдовой(цом), супругой(м) или ребенком (возрастом до 18-ти лет) военнослужащего или бывшего военнослужащего Вооруженных сил США? |
| Проживает ли кто-либо возрастом 18 лет или старше с приемными родителями? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? Штат: |
| Является ли кто-либо инвалидом, больным серьезным заболеванием или нуждающимся в медицинской помощи? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? Какова инвалидность? |
| Болен ли кто-либо заболеванием, при котором для обеспечения работоспособности требуется принимать лекарство, отпускаемое по рецепту? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |
| Проживает ли кто-либо в медицинском учреждении или учреждении долговременного ухода, либо страдает физическим, душевным или эмоциональным заболеванием, ограничивающим возможности самостоятельного ухода (например, купания, одевания, выполнения повседневных бытовых обязанностей и т.п.)? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |
| Получал ли кто-либо за последние три месяца медицинские счета, которые оплачены или не оплачены? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Был ли кто-либо жертвой домашнего насилия? |
| Проходит ли кто-либо лечение от злоупотребления наркотиками или алкоголем? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |

Отсутствующие родственники: Этот раздел предназначен для лиц, подающих заявление на получение денежной помощи.

Если кто-либо подает заявление за ребенка, родители которого не проживают вместе с вами, или если у кого-либо есть супруг(а), не проживающий(ая) вместе с вами, ответьте на следующие вопросы для того, чтобы мы могли попытаться получить алименты.

Вам не нужно заполнять этот раздел, если представление этой информации или действия по получению алиментов создают для вас или членов вашей семьи риск стать жертвами домашнего насилия или затрудняют возможности избежать его, а также в тех случаях, когда ребенок был зачат в результате изнасилования или инцеста или же если вы рассматриваете вопрос об усыновлении (удочерении).

Если предоставление этой информации или действия по получению алиментов затруднительны для вас из-за домашнего насилия, изнасилования или инцеста или же если вы рассматриваете вопрос об передаче этого ребенка на усыновление (удочерение), проставьте галочку в этой клетке:

| Имя и фамилия лица, родственник которого отсутствует: | Имя и фамилия отсутствующего родственника: | Отсутствующий родственник является: |
|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом |
| | | <input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом |
| | | <input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом |
| | | <input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом |
| | | <input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом |
| | | <input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом |
| | | <input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом |

▶ Если вы подаете заявление на получение денежной помощи, вы должны указать имена и фамилии родителей всех несовершеннолетних детей и помочь Отделению семейных отношений (DRS) получить алименты, предоставив необходимую ему информацию, если у вас нет уважительных причин для обратного. Если вы не содействуете DRS предоставлением информации и не имеете уважительных причин для отказа от содействия, сумма утвержденной для вас всей денежной помощи будет уменьшена, как минимум, на 25 процентов.

Если денежная помощь для вас утверждена, вы обязаны предоставить нашему управлению и DRS право на получение денежных средств для вас и прочих лиц, указанных в вашем заявлении. По закону право на получение алиментов передается штату, если вы принимаете денежную помощь.

Если за ребенка, для которого оказывается денежная помощь, платятся алименты, семья может получать некоторую сумму алиментов в дополнение к денежной помощи.



Налоговая информация: Заполните этот раздел, если вы подаете заявление на получение медицинского обслуживания. Если вы подаете заявление только на услуги по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

Укажите эту информацию для своего супруга (партнера) или своей супруги (партнерши), проживающих с вами, и (или) всех лиц, указываемых в одной федеральной налоговой декларации с вами, если вы ее подаете.

Планирует ли какое-либо лицо, указанное в заявлении, подавать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? Да Нет
Если да, укажите имена и фамилии лица, подающего налоговую декларацию, и его супруги (ее супруга), если налоговая декларация подается совместно.

| Имя и фамилия лица, подающего налоговую декларацию: | Имя и фамилия супруги (супруга), если налоговая декларация подается совместно: |
|---|--|
| | |
| | |
| | |

Будет ли какое-либо лицо, указанное в заявлении, указывать каких-либо иждивенцев в своей налоговой декларации? Да Нет
Если да, укажите имена и фамилии лица, подающего налоговую декларацию, и иждивенцев.
Только одно лицо, подающее налоговую декларацию, может указывать иждивенцев. Для лиц, подающих налоговую декларацию совместно, указываются иждивенцы только того лица, которое подписывает налоговую декларацию.

| Имя и фамилия лица, подающего налоговую декларацию: | Иждивенец (иждивенцы): |
|---|------------------------|
| | |
| | |
| | |

Будет ли какое-либо лицо, указанное в заявлении, указано в качестве иждивенца в налоговой декларации какого-либо другого лица? Да Нет
Если да, укажите имена и фамилии иждивенца и лица, подающего ту налоговую декларацию, в которой указан этот иждивенец.
Если этот иждивенец уже был указан выше, вам не нужно заполнять эту таблицу.

| Имя и фамилия иждивенца: | Имя и фамилия лица, подающего налоговую декларацию: | Степень родства с лицом, подающим налоговую декларацию: |
|--------------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Вычеты из налогов: Заполните этот раздел, если вы подаете заявление на получение медицинской помощи. Если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP, вы не должны отвечать на эти вопросы.

Если кто-либо вносит какую-либо плату, которая может вычитаться по федеральной подоходной налоговой декларации, то, сообщив нам об этом, вы, возможно, несколько уменьшите расходы на ваше медицинское страхование.

Примечание: если вы работаете на себя, не указывайте суммы, которые вы указываете как расходы в Приложении С своей налоговой формы (например, расходы на легковой или грузовой автомобиль, амортизацию, зарплату и дополнительные льготы наемных работников и т.п.).

| Несет ли кто-либо расходы от: (✓)(Отметьте ДА) | Да | Чьи это расходы? | Как часто несутся эти расходы? (Единожды, ежемесячно, ежеквартально, два раз в году, ежегодно) | Какова их сумма? |
|---|----|------------------|--|------------------|
| Вычет за проценты по займам на обучение: | | | | |
| Вычет за медицинское страхование лиц, работающих на себя: | | | | |
| Вычитаемая часть налога на работу на себя: | | | | |
| Вычет за взнос в счет оплаты медицинских расходов: | | | | |
| Прочее (укажите): | | | | |



Ресурсы: Вы не должны отвечать на эти вопросы, если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP или заявление на получение медицинского страхования и отвечаете одному из следующих условий: беременны, являетесь ребенком возрастом до 21 года, живете вместе со своим ребенком-иждивенцем возрастом до 21 года, у вас нет инвалидности и ваш возраст не превышает 65 лет.

Сообщите нам о следующих своих ресурсах:

- Членство в рождественском или отпускном клубе
- Автомобиль, снегоход, дом на колесах
- Государственные облигации США
- Мотоцикл, вездеход
- Индивидуальный пенсионный счет (IRA), счет вида 401k, долевое участие в прибыли
- Автомобиль (легковой, микроавтобус, грузовой)
- Личный счет или сберегательный счет
- Текущий банковский счет
- Акции и облигации
- Срочный вклад
- Наличные деньги
- Трастовые фонды

Укажите каждый ресурс отдельно:

| | | | |
|--|--------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом: | Вид ресурса: | Какова его стоимость? | Где расположен ресурс (номер счета)? |
| | | | |
| Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом: | Вид ресурса: | Какова его стоимость? | Где расположен ресурс (номер счета)? |
| | | | |
| Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом: | Вид ресурса: | Какова его стоимость? | Где расположен ресурс (номер счета)? |
| | | | |
| Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом: | Вид ресурса: | Какова его стоимость? | Где расположен ресурс (номер счета)? |
| | | | |
| Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом: | Вид ресурса: | Какова его стоимость? | Где расположен ресурс (номер счета)? |
| | | | |
| Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом: | Вид ресурса: | Какова его стоимость? | Где расположен ресурс (номер счета)? |
| | | | |

Прочие вопросы о ресурсах: Вы не должны отвечать на эти вопросы, если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP или заявление на получение медицинского страхования и отвечаете одному из следующих условий: беременны, являетесь ребенком возрастом до 21 года, живете вместе со своим ребенком-иждивенцем возрастом до 21 года, у вас нет инвалидности и ваш возраст не превышает 65 лет.

| | | | | |
|---|-----------------------------|-------------|---|-------------------------|
| Ожидает ли кто-либо из членов вашей семьи получить деньги, в том числе, за работу по найму, по мировому соглашению относительно происшествия, наследство или трастовый фонд? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? | Что именно? | Когда ожидается получение? | Какова ожидаемая сумма? |
| Продал, подарил или передал ли кто-либо жилье, землю, личную собственность или иной ресурс за последние пять лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? | Что именно? | Когда? | Какова его стоимость? |
| Владеет ли кто-либо жильем или недвижимой собственностью, не проживая там? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? | | Каково количество автомобилей, принадлежащих членам вашей семьи? | ▶ |
| Есть ли у кого-либо похоронное соглашение с банком или похоронным бюро? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, у кого именно? | | Каково количество кладбищенских участков, принадлежащих членам вашей семьи? | ▶ |
| Есть ли у кого-либо страховка жизни? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто у кого именно? | | | |



Доход:

Расскажите о доходах всех взрослых и детей, указанных в этом заявлении.

Укажите все виды дохода, такие как:

- Деньги, полученные за предоставление пансиона
- Дополнительное социальное обеспечение (SSI)
- Деньги, полученные от сдачи жилья в наем
- Заработная плата (укажите работодателя)
- Деньги, полученные за уплату ссуды
- Льготы ветеранам Вооруженных сил
- Доход от работы на себя
- Пособие по безработице
- Социальное обеспечение
- Выигрыш в азартные игры
- Доход от ухода за ребенком
- Компенсация для работников
- Комиссионные
- Оплата опекуна
- Больничный лист
- Деньги за обучение
- Выплаты профсоюза
- Пенсии
- Алименты
- Дивиденды

Есть ли у кого-либо из членов вашей семьи какой-либо доход? Да Нет

Если да, укажите весь ранее полученный или ожидаемый доход за этот год.

Укажите отдельно доход из каждого источника:

| Имя и фамилия лица, получившего доход: | Вид (источник) дохода: | Сумма дохода? | Периодичность получения дохода? | Дата последнего платежа: |
|--|------------------------|---------------|---------------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Прочие вопросы, касающиеся дохода:

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|----------------------|
| Работал ли кто-либо в течение последних 90 дней? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? | Сократилось ли количество часов работы кого-либо в течение последних 60 дней? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |
| Прекратил ли кто-либо работать на одной работе или нескольких работах в течение последних 30 дней? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? | Участвует ли кто-либо в забастовке? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |
| Получал ли кто-либо социальное обеспечение в прошлом? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? | Получал ли кто-либо дополнительное социальное обеспечение (SSI) в прошлом? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |
| Подавал ли кто-либо заявление на получение этих льгот? (Отметьте все, на что было подано заявление) | <input type="checkbox"/> Компенсация работников | Кто? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Социальное обеспечение | Кто? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Пособие по безработице | Кто? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Льготы ветеранам Вооруженным сил | Кто? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Дополнительное социальное обеспечение (SSI) | Кто? | | | |
| Платил ли кто-либо за уход за ребенком или взрослым инвалидом для того, чтобы ходить на работу, в учебное заведение или на курсы профессиональной подготовки? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, сколько уплачивалось ежемесячно? | Ежемесячная сумма: \$ | Кто получал уход? | |
| Каковы были затраты (за транспорт, судебные сборы, банковские или опекунские сборы и т.п.), понесенные для получения указанного выше дохода? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | | | | |



Медицинское страхование: Вы не должны отвечать на эти вопросы, если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP.

Подавал ли кто-либо из числа лиц, указанных в вашем заявлении, заявление на получение медицинского страхования? Да Нет

Подавал ли кто-либо из числа лиц, указанных в вашем заявлении, заявление на получение медицинского страхования в течение последних 90 дней? Да Нет

Если вы имеете (или имели в течение последних 90 дней) более одного вида медицинского страхования, заполните это поле для каждого страхового полиса. ПРИМЕЧАНИЕ: если у вас есть несколько страховых полисов, вам необходимо сделать копии этой страницы и приложить их.

Виды медицинского страхования Страховка работодателя Программа «Медикэйр» (Medicare) Программа TRICARE*
 Корпус мира (Peace Corps) Индивидуальная программа Прочее _____

Перечень всех лиц, застрахованных в данный момент (или в прошлом):

| | | |
|----------------------------------|------|----------|
| Имя и фамилия держателя полиса: | Имя: | Фамилия: |
| Наименование страховой компании: | Имя: | Фамилия: |
| Номер страхового полиса: | Имя: | Фамилия: |
| Наименование (номер) группы: | Имя: | Фамилия: |

Какое медицинское обслуживание покрывается (или покрывалось)? Лечение в больнице Стоматологические услуги
 Офтальмологические услуги Посещение врача
 Лекарства, отпускаемые по рецептам

Является (или являлась) ли эта программа программой с ограниченными льготами (например, полис на происшествия в учебном заведении)? Да Нет

Дата начала периода действия страховки? **Дата окончания (в прошлом или будущем) периода действия страховки?** (Оставьте незаполненным, если у вас до сих пор есть эта страховка.)

Закончился (или закончится) ли период действия этой страховки из-за потери работы держателем полиса (в результате увольнения по сокращению штатов, прекращения найма или увольнения по собственному желанию) или его (ее) перехода на другую работу? Да Нет

Если да, кто потерял медицинское страхование?

Потеряли (или потеряют) какие-либо дети медицинское страхование в результате прекращения предоставления страхования работодателем? Да Нет

*Не отмечайте, если вы получаете медицинское покрытие как военнослужащий действительной службы (direct care) или военнослужащий, получивший травму или тяжело заболевший при несении военной службы (Line of Duty).

Медицинское страхование, предоставляемое вашим работодателем: Вы не должны отвечать на эти вопросы, если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP.

Предлагалось ли медицинское страхование по месту работы кому-либо из лиц, указанных в вашем заявлении? Да Нет
 Отвечайте ДА и в том случае, если страхование предлагалось по месту работы другого лица, например, одного из родителей или супруга(и).

Если ДА, заполните этот раздел и укажите как можно более подробную информацию в Приложении В, Медицинское страхование по одному или нескольким местам работы.

| | | |
|---|--|--|
| Входит ли это льготным государственным страхованием работников? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Является ли это покрытием по программе COBRA? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Является ли это медицинским страхованием пенсионеров? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Если вам предложено медицинское страхование по месту работы, обязаны ли вы платить (или платили бы) за него? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Обязаны ли вы платить (или платили бы) за медицинское страхование своего ребенка или своих детей? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |
| Какова стоимость группового медицинского страхования семьи, предлагаемого вашим работодателем? <input type="checkbox"/> | Какова стоимость медицинского страхования вашего ребенка или ваших детей по программе, предлагаемой вашим работодателем? <input type="checkbox"/> | |



Расходы: Этот раздел предназначен для тех, кто подает заявление на получение льгот по программе SNAP.

Сообщите нам о своих расходах для того, чтобы получить льготы в максимально возможном объеме. Вы обязаны представлять по запросу доказательство своих расходов.

► Мы можем запросить у вас доказательство расходов в любой момент представления вами информации о расходах своей семьи.

| | |
|--|--|
| Платит ли кто-либо из проживающих с вами лиц алименты лицу, не проживающему с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Получает ли кто-либо из проживающих с вами лиц содействие в оплате жилья? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Если да, то делается ли это по решению суда? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, то какое? _____ |
| Включено ли питание в вашу плату за жилье? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, то получаете ли вы помощь в оплате коммунальных услуг? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | Оплачивает ли кто-либо из лиц, не проживающих с вами, какую-то часть ваших расходов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | Если да, то какие расходы? _____ |
| | В какой сумме? _____ Как часто? _____ |
| | Кому? _____ |
| Платите ли вы за отопление? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Платите ли вы за центральное отопление и кондиционирование или за комнатный(ые) кондиционер(ы)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

Отметьте все расходы, ежемесячно оплачиваемые вами или кем-либо из проживающих с вами лиц. Отметьте даже те статьи расходов, которые вы оплачиваете частично.

Телефон Вода Уборка мусора Установка бытовых приборов Электричество Дизельное топливо, уголь, дрова, керосин
 Канализация Газоснабжение Пропан Прочее _____

Если вы несете какие-либо из этих расходов, сколько вы платите ежемесячно?

Съем жилья: \$ _____ Оплата за совместное пользование коммунальными услугами в здании: \$ _____

Ипотека: \$ _____ Налоги на недвижимость: \$ _____ Страхование недвижимого имущества: \$ _____

Медицинские расходы: Этот раздел предназначен для тех, кто подает заявление на получение льгот по программе SNAP.

Вы можете получить льготы по программе SNAP, если кто-либо из проживающих с вами лиц имеет возраст 60 лет или старше или является инвалидом, и при этом вы можете представить доказательство медицинских расходов.

Отметьте все медицинские расходы, понесенные вами или кем-либо из проживающих с вами лиц.

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Счета стоматологов | <input type="checkbox"/> Все расходы (например, на такси или общественный транспорт) для поездок к врачам, на медицинские процедуры или в аптеки за лекарствами, отпускаемыми по рецепту. |
| <input type="checkbox"/> Счета врачей | |
| <input type="checkbox"/> Счета больниц | <input type="checkbox"/> Сиделки (люди, находящиеся у вас дома для помощи при прохождении лечения). |
| <input type="checkbox"/> Медицинское страхование или взносы по программе «Медикэйр» | <input type="checkbox"/> Предметы и расходные материалы медицинского назначения (например, очки, слуховые аппараты, подгузники для взрослых). |
| <input type="checkbox"/> Медицинское оборудование | <input type="checkbox"/> Лекарства, отпускаемые по рецепту |
| <input type="checkbox"/> Прочее: | |

► Если вы не укажете какие-либо из приведенных выше расходов, это будет рассматриваться как заявление вашей семьи о том, что вы не желаете получить вычет за эти расходы.



Опрос о предыдущих правонарушениях: Вы не должны отвечать на эти вопросы, если вы подаете только заявление на получение медицинского страхования.

Ответьте на следующие вопросы обо всех лицах, указанных в вашем заявлении:

| | | |
|--|--|----------------------|
| Получил ли кто-либо повестку или ордер для явки в суд в качестве обвиняемого по уголовному делу? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |
| Имеется ли у кого-либо задолженность по штрафам, расходам или компенсации за мелкие правонарушения или уголовные преступления? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |
| Действует ли программа оплаты кем-либо штрафов и расходов? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |
| Находится ли кто-либо на поруках или освобожден досрочно? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |
| Был ли кто-либо признан виновным за мошенничество в связи с велфером? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |
| Скрывается ли кто-либо от правоохранительных органов? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, кто именно? |

Регистрация для голосования (необязательная)

Хотите ли вы подать сегодня заявление на регистрацию для голосования, если вы еще не зарегистрировались для голосования по месту своего жительства? Да Нет

ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТМЕТИЛИ НИ ОДНУ ИЗ КЛЕТОК, СЧИТАЕТСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ СЕЙЧАС ДЛЯ ГОЛОСОВАНИЯ.

Для регистрации вы должны: 1) быть в возрасте 18 лет или старше в день следующих выборов, 2) быть гражданином США, как минимум, за один месяц ДО СЛЕДУЮЩИХ ВЫБОРОВ, 3) проживать в штате Пенсильвания и округе для голосования, как минимум, за один месяц до следующих выборов.

Подача заявления на регистрацию для голосования или отказ от подачи этого заявления не повлияют на сумму помощи, предоставленной вам нашим управлением. Если вы хотели бы получить помощь в заполнении формы заявления на регистрацию для голосования, мы поможем вам. Решение о том, чтобы обратиться за помощью или принять ее, вы принимаете единолично. Вы можете заполнить форму заявления конфиденциально. Если вам нужна помощь, обращайтесь в окружное отделение социальной помощи. Если вы считаете, что кто-то препятствует вам воспользоваться своими правами на регистрацию или отказ от регистрации для голосования, правом на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или подаче заявления на регистрацию для голосования, либо правом на выбор той или иной политической партии или прочих политических предпочтений, вы можете подать жалобу Секретарю штата Пенсильвания по адресу Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Звоните по телефону 1-877-VOTESPA, междугородние звонки по которому бесплатны.)

ЭТО ПОЛЕ БУДЕТ ЗАПОЛНЕНО СОТРУДНИКАМИ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ВАШИХ ОТВЕТОВ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ ВЫШЕ - COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

Given to Client __/__/__
 Sent to voter registration __/__/__
 Mailed to Client __/__/__
 Declined, not interested __/__/__
 Not a U.S. citizen __/__/__
 Declined, already registered __/__/__

Только для использования работниками окружного отделения социальной помощи (CAO) - CAO USE ONLY

| | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children? | EXPEDITED REVIEW | Initials: | Date: |
| 2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide? | | <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied - | CLIENT NOTIFIED |
| 3. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Are the household liquid resources equal to or less than \$100? | Reason for denial: | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Is the countable monthly gross income less than \$150? | REGISTERED FOR CATEGORIES ▶ | | |
| 5. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Is this a migrant or seasonal farm worker household? | | | |
| 6. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Is the household destitute? | | | |
| 7. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses? | | | |



ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

Нашему учреждению запрещена дискриминация по расе, цвету кожи, стране происхождения, инвалидности, возрасту, полу и, в некоторых случаях, религиозным или политическим взглядам.

Министерство сельского хозяйства США также запрещает дискриминацию по расе, цвету кожи, стране происхождения, полу, религиозным взглядам, инвалидности, возрасту, политическим взглядам или же в качестве мести или возмездия за прежние действия по защите гражданских прав в рамках каких-либо программ или мероприятий, проводимых или финансируемых Министерством сельского хозяйства США.

Лица с недостатками, нуждающиеся в альтернативных средствах предоставления информации по программе (например, азбука Брайля, крупный шрифт, магнитолфонная пленка, американский язык жестов и т.п.), должны обращаться в государственное учреждение (местного уровня или уровня штата) для подачи заявления на предоставление этих льгот. Глухие, слабослышащие и лица с нарушениями речи могут обращаться в Министерство сельского хозяйства США по телефону федеральной телетайпной связи (800) 877-8339. Кроме того, информация по программе может иметься на других языках помимо английского.

Для подачи жалобы на дискриминацию по программе заполните форму жалобы на дискриминацию по программе Министерства сельского хозяйства США (AD-3027), которую можно найти в Интернете по следующей ссылке: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html и во всех отделениях Министерства сельского хозяйства США, указав в своем письме всю информацию, затребованную в этой форме. Для того чтобы заказать экземпляр формы жалобы, звоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство сельского хозяйства США:

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) по факсу: (202) 690-7442; or
- (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov.

За всей прочей информацией касательно программы дополнительной продовольственной поддержки (SNAP) следует обращаться по телефону горячей линии программы Министерства сельского хозяйства США (800) 221-5689, которая также имеется на испанском языке, либо по телефону горячей линии (справочной) штата, который можно получить по ссылке на список номеров телефонов горячих линий штатов, имеющийся в Интернете по следующему адресу: http://www.fns.usda.gov/snapp/contact_info/hotlines.htm.

Для подачи жалобы на дискриминацию по программе получения федеральной помощи через Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS) напишите директору отделения гражданских прав Министерства по адресу: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или звоните по номерам (202) 619-0403 (телефон) или (800) 537-7697 (телетайп).

Это учреждение предоставляет всем одинаковое обслуживание без какой-либо дискриминации.

ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы храним всю информацию в тайне. Она будет использоваться только для того, чтобы установить тот круг программ, на участие в которых вы, возможно, имеете право. При получении соответствующего запроса окружное отделение социальной помощи (CAO) обязано предоставлять федеральным, штатным и местным правоохранительным органам адрес, номер социального обеспечения (SSN) и фотографию (если она имеется) лица, уклоняющегося от уголовного преследования, взятия под стражу или лишения свободы за преступление или нарушение условий взятия на поруки или условно-досрочного освобождения. Любое лицо, умышленно нарушающее какие-либо правила или нормы Министерства, должно быть признано виновным в мелком правонарушении и после вынесения приговора должно уплатить штраф в сумме не выше 100 (ста) долларов США или лишиться свободы сроком не более чем на шесть месяцев, либо понести и то, и другое наказание (см. Собрание законов штата Пенсильвания (P.S.) 62, раздел 483).

ПРАВО НА ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Мы направим вам письменное уведомление, в котором разъясняются ваши льготы. Если мы откажем в предоставлении льгот, либо прекратим или приостановим их действие, вы получите письменное объяснение причин. Вам дается 30 дней (90 дней для льгот по программе дополнительной продовольственной поддержки (SNAP) с даты отправки уведомления по почте для подачи заявления на проведение слушаний).

ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы имеете право на подачу в Управление социального обеспечения (DHS) заявления на проведение слушаний по решению, которое вы считаете несправедливым или неправильным, а если DHS не реагирует на ваше заявление на получение льгот, вы можете подать апелляцию в окружное отделение социальной помощи (CAO). Если вы подаете апелляцию, вы также можете подать запрос на проведение собеседования до слушаний. Если ваша апелляция подается на ускоренное предоставление льгот по программе SNAP, вы имеете право на проведение этого собеседования с супервайзером в течение двух рабочих дней. На слушаниях вы можете представлять себя сами, или же вас может представлять адвокат, друг или родственник.

ПРАВО НА УКАЗАНИЕ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ

Если вы подаете заявление на получение денежной помощи или льгот по программе медицинского страхования Medical Assistance, закон требует от вас содействия в установлении материнства или отцовства и обращении за алиментами. Вы можете быть освобождены от выполнения этого требования, если вы докажете, что это может быть опасно для вас и (или) ваших детей. Вы обязаны будете выполнить требования по трудоустройству и профессиональной подготовке, если вы не освобождаетесь от выполнения этого требования по уважительной причине. Вы обязаны будете выполнить требования по предоставлению полугодовой отчетности, если вы не освобождаетесь от выполнения этого требования по уважительной причине.

ПРАВО НА УДОСТОВЕРЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЗАСЧИТЫВАЕМОГО ПОКРЫТИЯ

Федеральный закон ограничивает отказ в медицинском страховании или ограничении объема медицинского страхования при наличии предшествующих заболеваний. Если вы станете участником групповой программы медицинского страхования, которая не предусматривает лечения вашего предшествующего заболевания, вам может быть зачтено время, в течение которого вы получали покрытие по программе медицинского страхования Medical Assistance. Это может помочь вам получить медицинское покрытие. Обращайтесь с этим удостоверением к социальному работнику, ведущему ваше дело.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Вы обязаны предоставлять правдивую, правильную и полную информацию. Вы обязаны содействовать в подтверждении предоставленной вами информации. Если некоторое подтверждение не представлено, в предоставлении льгот может быть отказано. Если вы не можете представить подтверждение, вы должны обратиться в окружное отделение социальной помощи (CAO) о содействии в его получении. Если к вам обратились представители Управления социального обеспечения (DHS) или Управления генеральной инспектора (Office of Inspector General), вы обязаны полностью сотрудничать с этими лицами или инспекторами. Если вы старше 55 лет и имеете медицинскую страховку для оплаты услуг дома престарелых, услуг по уходу на дому или в пункте проживания, а также сопутствующих услуг больниц и лекарств, отпускаемых по рецепту, вы, возможно, должны будете покрыть стоимость этих услуг за счет завещанного имущества. Если вы подаете заявление на предоставление денежной помощи, вы, возможно, должны будете подписать соглашение о компенсации льгот, полученных вами, вашим супругом (вашей супругой) или вашими детьми.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения денежного пособия, медицинского обслуживания и (или) льгот по программе SNAP вы обязаны предоставлять номер социального обеспечения (SSN) каждого лица, для которого вы подаете заявление. Если у вас нет номера SSN, вы должны подать заявление на его получение. Если вы не предоставите номер SSN, это может привести к тому, что вы не сможете получить льготы. Для предоставления денежного пособия мы можем попросить номера SSN всех лиц, чьи доходы или ресурсы могут повлиять на ваше право на получение льгот или на их размер. Ваш номер SSN будет использован для установления вашей личности, в качестве ключа при компьютерном поиске для проверки вашего дохода и ресурсов, а также во избежание дублирования льгот штата и федеральных льгот. Иностранец, подающий заявление на получение только экстренного медицинского страхования, не должен предоставлять номера SSN. (См. том 42 Свода законов США (U.S.C.), п. 1320b-7)

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЗАКОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРТОЧКИ ACCESS ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ

Если вы будете признаны имеющим право на получение льгот, вам будет выдана карточка ACCESS штата Пенсильвания. Этой карточкой может пользоваться только то лицо, которое имеет на нее право, и только в течение периода действия этого права. Вы можете пользоваться этой карточкой только для получения необходимых и обоснованных услуг.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОТЧЕТНОСТЬ ПО ИЗМЕНЕНИЯМ

Если за вами признают право на получение льгот, вы должны будете сообщать об изменениях своей ситуации социальному работнику, ведущему ваше дело, или в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center). В число изменений, подлежащих отчетности, входят выезд членов вашей семьи с вашего места проживания или выезд туда, изменение адреса, смена места работы кем-либо, потеря работы кем-либо, рождение ребенка, новые источники дохода или изменение дохода. Социальный работник, ведущий ваше дело, отметит особенности, определяемые программами и льготами, на которые вы имеете право. Они также указываются в полученном вами уведомлении. Если отчетность об изменениях, требуемая правилами участия в программе, не предоставляется, это может привести к потере льгот, наложению санкций, а также к преследованию в гражданском или уголовном порядке. Вы можете сообщать об изменениях в окружное отделение социальной помощи (CAO) лично, по телефону, факсу, почте или через учетную запись в системе COMPASS. Вы можете также в любой момент сообщать об изменениях в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center) по телефону 1-877-395-8930 или в Филадельфии по телефону 1-215-560-7226.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПОИСК РАБОТЫ

Если вы подаете заявление на получение денежного пособия, вы обязаны предоставлять доказательство того, что вы подаете заявления о приеме на работу, как минимум, 3 раза в неделю в период рассмотрения вашего заявления, если вы не подтвердили наличие у вас уважительной причины или разрешения на освобождение от выполнения этой обязанности.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАКОНЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

(i) Сбор этой информации, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи, разрешен Законом о продовольственных талонах (Food Stamp Act) 1977 года с поправкой, том 7 свода законов США (U.S.C.), статьи 2011-2036. Эта информация будет использована для определения наличия у вашей семьи права на участие в программе SNAP или на продолжение этого участия. Мы проверим эту информацию с помощью компьютерных программ сопоставления. Эта информация будет использована для контроля выполнения программы и ее правил.

(ii) Эта информация может передаваться другим федеральным учреждениям и учреждениям штатов для официальной проверки, а также сотрудникам правоохранительных органов для задержания лиц, уклоняющихся от юридической ответственности.

(iii) Если программа SNAP подаст иск против вашей семьи, информация, указанная в этом заявлении, включая все номера социального обеспечения (SSN), может быть передана федеральным учреждениям и учреждениям штатов, а также частным фирмам по сбору задолженности по искам для взыскания этой задолженности.

(iv) Запрошенная информация, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи, представляется добровольно. Однако отказ в предоставлении номера SSN может привести к отказу в предоставлении льгот по программе SNAP каждому лицу, не предоставившему номер SSN. Все предоставленные номера SSN будут использоваться и раскрываться так же, как и номера SSN членов семей, имеющих право на получение льгот.



Запреты и штрафы Прочтите о своих обязанностях:

| ЕСЛИ ЭТО ПРОИСХОДИТ БЕЗ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ | | МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ СЛЕДУЮЩЕЕ (ВЗЫСКАНИЕ) |
|---|---|--|
| ВСЕ ЛЬГОТЫ ПРОГРАММА SNAP ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ | Неправомерное пользование Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой RAACCESS. | Штраф, тюремное заключение или и то, и другое. |
| | Сокрытие изменений, о которых вы обязаны сообщать. | Сокращение объема льгот или лишение льгот. |
| | Умышленная дача ложной, неверной или неполной информации или сокрытие изменений. | Штраф, лишение прав на получение льгот и (или) тюремное заключение за мошенничество с велфером, а также лишение права на административные слушания. Лишение права на получение денежной помощи: • В первый раз – на 6 месяцев. • Во второй раз – на 12 месяцев. • В третий раз – навсегда. Лишение права на получение помощи по программе SNAP: • В первый раз – на 12 месяцев, • Во второй раз – на 24 месяца, • В третий раз – навсегда. |
| | Торговля своей карточкой ACCESS, продажа карточки или попытка торговать ею, либо продажа, покупка или использование карточки ACCESS другого лица. | Лишение права на участие в программе: • За любое осуждение судом – на 12 месяцев. |
| ПРОГРАММА SNAP | Преднамеренное использование не по назначению льгот, предоставляемых по программе SNAP, например, торговля карточкой EBT или льготами по программе SNAP, их продажа или покупка; передача льгот другому лицу; вручение емкостей, купленных с использованием льгот по программе SNAP, для их наполнения (или закупка предметов, не покрываемых программой SNAP, например, алкоголя или табачных изделий), а также использование льгот по программе SNAP для оплаты ранее полученных или полученных в кредит пищевых продуктов. | Лишение прав: • В первый раз – на 12 месяцев. • Во второй раз – на 24 месяца. • В третий раз – навсегда. • При первом признании судом виновным на общую сумму 500 долларов США или выше – навсегда. |
| | Покупка пищевых продуктов с помощью льгот по программе SNAP с намерением получить наличные денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов путем перепродажи продуктов в обмен на денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов. | |
| | Преднамеренная покупка продуктов, первоначально купленных с помощью льгот по программе SNAP в обмен на денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов. | |
| | Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки наркотиков или контролируемых препаратов. | Лишение прав: • В первый раз – на 24 месяца. • Во второй раз – навсегда. |
| | Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ. | В первый раз – лишение прав навсегда. |
| | Признание судом виновности в покупке или продаже льгот по программе SNAP либо торговля ими на общую сумму 500 долларов США или выше. | Лишение прав навсегда. |
| | Представление ложной информации о себе и своем месте проживания для получения льгот по программе SNAP в нескольких местах. | Лишение прав на 10 лет. |
| ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ | Уклонение от уголовного преследования, взятия под стражу или заключения за совершение преступления или попытку его совершения, либо в нарушение условий probation или условно-досрочного освобождения. | Лишение прав до совершения вами действий, предусмотренных законом. |
| | Если вы не выполняете условий взыскания, наложенного судом, включая взыскание штрафов за мелкое правонарушение или преступление. | Лишение прав до выполнения условий наложенного на вас взыскания |
| | Предоставляете ложную информацию о месте своего проживания для получения денежных средств в двух или нескольких штатах. | Лишение прав сроком на 10 лет. |
| ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ | Уклонение от уголовного преследования, взятия под стражу или заключения за совершение преступления или попытку его совершения; не являетесь в суд по уголовным делам в качестве обвиняемого в совершении мелкого правонарушения или преступления при получении повестки или ордера; уходите в бега из-за нарушения условий взятия на поруки или условно-досрочного освобождения; или в отношении вас выпускается какой-либо действующий ордер. | Лишение прав до совершения вами действий, предусмотренных законом. |
| | Если вы признаны виновным в мошенничестве или нарушении следующих правил: | <ul style="list-style-type: none"> Штраф размером до 250000 долларов США в пользу программы SNAP или до 15000 долларов США для программы денежной помощи. Тюремное заключение сроком до 20 в пользу для программы SNAP или до семи лет для программы денежной помощи и (или) Возврат полученных льгот. Лишение прав на получение льгот на сроки, указанные выше для отдельных программ. |
| | | |
| ТРЕБОВАНИЯ К РАБОТЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ SNAP | Для членов семьи возрастом от 15 до 60 лет, не имеющих физических или умственных недостатков, и не имеющих иных причин для освобождения от выполнения этого требования. | Лишение прав: • В первый раз – на один месяц и до совершения вами требуемых действий. • Во второй раз – на три месяца и до совершения вами требуемых действий. • В третий и последующие разы – на шесть месяцев и до совершения вами требуемых действий. |
| | Отказ: • Участвовать в утвержденной программе работы или профессиональной подготовки. • Принять предложение о приеме на работу. • Сообщить в окружное отделение социальной помощи (CAO) о положении дел со своей работой и ее наличии. | |
| ТРЕБОВАНИЯ К РАБОТЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ | Преднамеренно не выполняются требования к работе, указанные в письменной форме в Соглашении о взаимных обязанностях (AMR). | Лишение прав: • В первый раз – вы потеряете право на получение льгот в течение, как минимум, 30 дней и до тех пор, пока вы не продемонстрируете выполнение требований в течение, как минимум, одной недели. Если вы потеряете право на получение льгот в течение 90 дней, вся ваша семья лишится этого права вместе с вами до тех пор, пока вы не продемонстрируете выполнение требований в течение, как минимум, одной недели. • Во второй раз – вы потеряете право на получение льгот в течение, как минимум, 60 дней и до тех пор, пока вы не продемонстрируете выполнение требований в течение, как минимум, одной недели. Если вы потеряете право на получение льгот в течение 60 дней, вся ваша семья лишится этого права вместе с вами до тех пор, пока вы не продемонстрируете выполнение требований в течение, как минимум, одной недели. • В третий раз – навсегда. |
| | | Преднамеренно выполнить следующие действия: • Уволиться с работы. • Сократить количество рабочих часов до менее чем 30 часов в неделю (за исключением тех случаев, когда требование о работе выполнено за счет другого места работы). |



Разъяснение ваших прав и обязанностей

Подписывая эту форму, я заявляю следующее:

- Мне известно, что штат Пенсильвания получает информацию из Системы проверки права на получение льгот (IEVS) и от прочих федеральных государственных учреждений и государственных учреждений прочих штатов для проверки информации, полученной им от меня. Информация, предоставляемая системой IEVS, будет затребована, использована и может быть проверена посредством дополнительного контакта при обнаружении противоречий государственными учреждениями штата Пенсильвания, и такая информация может повлиять на право семьи на получение льгот и размер этих льгот. Если я представлю ложные сведения либо скрою или не сообщу факты, которые могут повлиять на мое право на получение льгот, возможно, я буду обязан компенсировать полученные льготы, а также, возможно, подвергнусь уголовному преследованию и буду лишен права на получение определенных льгот в будущем.
- Мне известно, что я могу назначить полномочного представителя, заполнив раздел «Полномочный представитель» и приложив его к этому заявлению.
- Мне известно, и я признаю, что я несу ответственность за все сведения, мошеннически приведенные в этом заявлении, даже если оно было представлено кем-либо другим от моего имени.
- Я получил экземпляр описания моих прав и обязанностей, ознакомился с ними или кто-то ознакомил меня с ними, и они мне известны.
- Мне известно, что информация, указанная в этом заявлении, будет храниться в тайне и использоваться только для предоставления льгот. Я разрешаю раскрытие личной, финансовой и медицинской информации в целях определения наличия у меня права на получение льгот.
- Мне известно, что я обязан сообщать обо всех изменениях, которые должны указываться, в течение первых 10 дней месяца, следующего за тем месяцем, в котором произошло изменение.
- Мне известно, что я получу письменное уведомление с объяснением льгот. Если в предоставлении льгот отказано или же они изменены, временно приостановлены или отменены, причина этого будет изложена в письменном уведомлении.
- Мне известно, что мне дается 30 дней (90 дней в случае льгот по программе SNAP (продовольственных талонов) с даты уведомления для подачи запроса на проведение слушаний, если я не согласен с решением, принятым по моему заявлению.
- Мне известно, что моя ситуация может подтверждаться через работодателей, из финансовых источников и прочими третьими сторонами.
- Мне известно, что заявители должны предоставлять свои номера социального обеспечения или подавать заявление на их получение, если они еще не имеют этих номеров. Этот номер может использоваться для проверки информации, указанной в заявлении.
- Мне известно, что я должен пользоваться Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PA ACCESS только в тот период, когда я имею на это право. Я обязан пользоваться Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PA ACCESS, выданной только тому лицу, которое имеет право на получение льгот, и могу получать только необходимые и обоснованные льготы.
- Мне известно, что я не могу пользоваться фондами TANF, выданными по карточке PA ACCESS, для выполнения транзакций с помощью системы EBT в магазинах ликероводочных изделий, казино (казино для азартных игр, игровых павильонах) или местах развлечений для взрослых.
- Мне известно, что я не должен предоставлять номера социального обеспечения всех лиц, на которых не распространяется заявление на получение помощи. Если я укажу их номера социального обеспечения, они могут быть использованы для проверки информации, указанной в заявлении.
- Я удостоверяю под присягой (нарушение которой карается в уголовном порядке), что вся указанная информация является правдивой.
- Мне известно, что у меня есть право на получение сертификата засчитываемого покрытия покрытия, дающего право на засчитывание медицинского страхования. Федеральный закон ограничивает отказ в медицинском страховании или ограничение объема медицинского страхования при наличии предшествующих заболеваний. Если вы являетесь участником групповой программы медицинского страхования, которая не предусматривает лечения вашего предшествующего заболевания, вам может быть зачтено время, в течение которого вы получали покрытие по программе медицинского страхования Medical Assistance.

- Мне известно, что если я получу право на льготы по программе помощи с медицинским обслуживанием (Medical Assistance), мне будет предоставлен наиболее конкурентоспособный пакет услуг из числа предназначенных для меня.
- Если я буду получать денежное пособие, я буду выполнять требования программы выплаты алиментов по указанию Управления. Я предоставляю Отделению семейных отношений (DRS) право на принятие мер по получению и сбору денежных алиментов и (или) содействия в предоставлении медицинского обслуживания для меня и остальных лиц, указанных в моем заявлении.
- Мне известно, что, если я сообщу о домашних расходах или представлю доказательство того, что понес их, я получу льготы в максимальном размере, предусмотренном программой SNAP (продовольственных талонов). Если информация о расходах или доказательство того, что они были понесены, не будут представлены, это будет рассматриваться, как мое нежелание получить вычет за расходы, о которых я не сообщил, или доказательство для которых не были представлены. (Основание: Министерство сельского хозяйства США, Управление пищевых продуктов и питания, Среднеатлантическое региональное отделение, административное уведомление № 6-99 от 4 января 1999 г.)
- Мне известно, что у меня есть право на получение кредита на домашние расходы, когда я сообщу о них и представлю доказательство того, что понес их, в любой момент в течение периода сертификации по программе SNAP (продовольственных талонов).
- Мне известно, что у меня есть право на обращение в окружное отделение социальной помощи помощи (CAO) за содействием в получении доказательства расходов, и что CAO может обращаться с другим лицом за подтверждением, если у меня возникают трудности с доказательством чего-либо.
- Мне известно, что если все или некоторые лица, указанные в заявлении, не имеют права на получение медицинской помощи, они, возможно, имеют право на получение льгот по программе CHIP. В этом случае я разрешаю Управлению социальных услуг передать мои имя и фамилию, а также сведения, приведенные в этом заявлении, отделу страхования или подрядчику по программе CHIP.
- Мне известно, что если все или некоторые лица, указанные в заявлении, не имеют права на получение медицинской помощи, они, возможно, имеют право на получение федеральных льгот и (или) изучение вариантов получения частного медицинского страхования через рынок медицинских страховок (Health Insurance Marketplace). В этом случае я разрешаю Управлению передать рынку мои имя и фамилию, а также сведения, указанные в этом заявлении.
- Возобновление покрытия в будущем: для упрощения решения вопроса о том, буду ли я иметь право в последующие годы на получение помощи в оплате медицинской страховки, я согласен разрешить рынку медицинских страховок использовать данные обо мне, включая информацию из моих налоговых деклараций. Рынок направит мне уведомление, даст мне возможность внести изменения, и я могу отменить это разрешение в любое время.

Да, автоматически возобновите мое право на получение льгот на следующий срок: (Отметьте один вариант)

- пять лет (максимальное разрешенное количество лет)
- четыре года
- три года
- два года
- один год
- Не используйте информацию из моей налоговой декларации для возобновления моего покрытия.

X

Подпись заявителя или полномочного представителя

Дата

| Имя и фамилия полномочного представителя | Адрес полномочного представителя | Номер телефона |
|--|----------------------------------|----------------|
| | | |

Только для использования работниками окружного отделения социальной помощи (CAO)
CAO Use Only

I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.
Я сказал человеку, который завершает применение своих прав и обязанностей.

Подпись окружного отделения социальной помощи (CAO) • CAO Signature

Дата • Date





pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Управление социального обеспечения штата Пенсильвания (DHS) выполняет все федеральные законы о гражданских правах и не проводит дискриминации по расе, цвету кожи, стране происхождения, возрасту, инвалидности или полу. DHS не исключает лиц из рассмотрения и не относится к ним иначе ввиду их расы, цвета кожи, страны происхождения, возраста, инвалидности, взглядов, религиозной принадлежности, происхождения, пола, гендерной идентичности или гендерного представления, а также сексуальной ориентации.

DHS ПРЕДОСТАВЛЯЕТ:

- Бесплатные средства и услуги для лиц с физическими и умственными недостатками, позволяющие этим лицам эффективно общаться с нами, например:
 - квалифицированных переводчиков на язык жестов,
 - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, магнитофонная пленка, доступные электронные форматы, прочие форматы).
- Бесплатные языковые услуги лицам, для которых английский язык не является родным, например:
 - квалифицированных переводчиков,
 - письменную информацию на других языках.

Если вам необходимы эти услуги, обращайтесь в окружное отделение социальной помощи.

Если вы считаете, что DHS не предоставило эти услуги или допустило против вас дискриминацию по расе, цвету кожи, стране происхождения, возрасту, инвалидности или полу, вы можете подать жалобу в Бюро защиты гражданских прав штата Пенсильвания по следующему адресу: The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, телетайп (800) 654-5484, факс (717) 772-4366 или по адресу электронной почты RA-PWBEAO@pa.gov. Вы можете подать жалобу лично, по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь при подаче жалобы, вы можете получить ее в Бюро защиты гражданских прав.

Вы также можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Отдел защиты гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США электронным способом через портал Отдела защиты гражданских прав по следующей ссылке: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, а также почтой по указанному ниже адресу или по указанному ниже телефону:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Форму для подачи жалобы можно найти по следующей ссылке:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Член семьи американского индейца или коренного жителя Аляски (АИ/КЖА)

Заполните это приложение только в том случае, если вы или член вашей семьи являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски. Приложите это приложение к своему заявлению на получение медицинского покрытия. Вы не должны заполнять это приложение, если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP.

Расскажите нам о члене(ах) вашей семьи, являющемся(имися) американским(и) индейцем(ами) или коренным(и) жителем(ями) Аляски.

Американские индейцы и коренные жители Аляски могут получать услуги в Службах здравоохранения для индейцев или по программам медицинского обслуживания для племен и для индейцев в населенных пунктах. Они также, возможно, не должны вносить свою долю взносов и могут получить право на специальный ежемесячный переход из одной программы в другую. Ответьте на следующие вопросы для того, чтобы получить помощь в максимально возможном объеме.

ПРИМЕЧАНИЕ: если у вас есть несколько таких лиц, которых вы можете указать, сделайте копии этой страницы и приложите их.

| АИ/КЖА 1 Впишите всю необходимую информацию печатными буквами | |
|--|---|
| Полное имя (первое имя, второе имя, фамилия): | Являетесь ли вы членом племени, официально признанного федеральными государственными органами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите название племени: _____ Штат: _____ |
| Получало ли это лицо когда-либо обслуживание в Службах здравоохранения для индейцев или по программам медицинского обслуживания для племен и для индейцев в населенных пунктах, либо на основании направления, выданного одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если нет, имеет ли это лицо право на обслуживание в Службах здравоохранения для индейцев или по программам медицинского обслуживания для племен и для индейцев в населенных пунктах, либо на основании направления, выданного одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Некоторые полученные денежные средства не могут быть учтены для здравоохранения. Укажите весь указанный в вашем заявлении доход (сумму и частоту выплаты), включающий денежные средства, полученные из следующих источников: <ul style="list-style-type: none"> • Выплаты из расчета на одного человека, полученные от племени за использование природных ресурсов, право на использование, предоставление в аренду или роялти. • Выплаты за использование природных ресурсов, сельское хозяйство, рыболовство, предоставление в аренду или роялти на землях, отведенных индейским фондам Министерством внутренних дел США (включая резервации и бывшие резервации). • Денежные средства, полученные от продажи предметов, имеющих культурную ценность. | \$ _____ Как часто? _____ |

| АИ/КЖА 2 Впишите всю необходимую информацию печатными буквами | |
|--|---|
| Полное имя (первое имя, второе имя, фамилия): | Являетесь ли вы членом племени, официально признанного федеральными государственными органами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите название племени: _____ Штат: _____ |
| Получало ли это лицо когда-либо обслуживание в Службах здравоохранения для индейцев или по программам медицинского обслуживания для племен и для индейцев в населенных пунктах, либо на основании направления, выданного одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если нет, имеет ли это лицо право на обслуживание в Службах здравоохранения для индейцев или по программам медицинского обслуживания для племен и для индейцев в населенных пунктах, либо на основании направления, выданного одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Некоторые полученные денежные средства не могут быть учтены для здравоохранения. Укажите весь указанный в вашем заявлении доход (сумму и частоту выплаты), включающий денежные средства, полученные из следующих источников: <ul style="list-style-type: none"> • Выплаты из расчета на одного человека, полученные от племени за использование природных ресурсов, право на использование, предоставление в аренду или роялти. • Выплаты за использование природных ресурсов, сельское хозяйство, рыболовство, предоставление в аренду или роялти на землях, отведенных индейским фондам Министерством внутренних дел США (включая резервации и бывшие резервации). • Денежные средства, полученные от продажи предметов, имеющих культурную ценность. | \$ _____ Как часто? _____ |





Медицинское страхование, предоставляемое работодателем(ями)

Сообщите нам, если работодатель предоставляет вам медицинское страхование. Вы НЕ ДОЛЖНЫ отвечать на эти вопросы, если кто-либо из проживающих с вами лиц имеет право на получение медицинского страхования на работе. Если вы подаете заявление только на получение льгот по программе SNAP, вам не нужно заполнять это приложение.

Укажите свои имя, фамилию и номер социального обеспечения в разделе информации о наемном работнике. Возможно, вам необходимо попросить своего работодателя о содействии при заполнении раздела информации о работодателе. Если вы не можете своевременно получить информацию от своего работодателя или полагаете, что ее предоставление приведет к задержке начала рассмотрения вашего заявления, вы можете подать заявление без Приложения В.

Приложите копию этой страницы по каждому работодателю, представляющему, медицинское страхование.

| ИНФОРМАЦИЯ О НАЕМНОМ РАБОТНИКЕ | | |
|--|--|--------------------------|
| Полное имя наемного работника (первое имя, второе имя, фамилия): | Номер социального обеспечения: | |
| ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ | | |
| Наименование работодателя: | Идентификационный номер работодателя (EIN): | |
| Адрес работодателя (укажите номер дома, улицу, номер квартиры, город, штат и почтовый код с 4-мя дополнительными цифрами): | Номер телефона работодателя: () | |
| К кому мы можем обращаться с вопросами о медицинском страховании наемного работника, предоставляемого работодателем? | Номер телефона (если отличается от указанного выше): () | Адрес электронной почты: |
| Имеет ли наемный работник в настоящее время право на получение медицинского страхования, предоставляемого работодателем, или же он получит это право в течение следующих трех месяцев? | | |
| <input type="checkbox"/> Да (продолжайте) Если наемный работник не имеет этого права в настоящее время, поскольку еще не закончился испытательный период или период взятия на поруки, когда наемный работник получит это право? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Нет (ПРЕКРАТИТЕ ЗАПОЛНЕНИЕ и верните эту форму наемному работнику) | | |
| Сообщите нам информацию о программе медицинского страхования, предоставляемой этим работодателем. | | |
| Предоставляет ли работодатель программу медицинского страхования, покрывающую супругу(а) или иждивенца(ев) наемного работника? <input type="checkbox"/> Да. Кого именно: <input type="checkbox"/> Супругу(а) <input type="checkbox"/> Иждивенца(ев) | | |
| <input type="checkbox"/> Нет (переходите к следующему вопросу) | | |
| Предоставляет ли работодатель программу медицинского страхования, отвечающую стандарту минимальной ценности? | | |
| <input type="checkbox"/> Да (переходите к следующему вопросу) <input type="checkbox"/> Нет (ПРЕКРАТИТЕ ЗАПОЛНЕНИЕ и верните эту форму наемному работнику) | | |
| Укажите для самых дешевых программ, отвечающих стандарту минимальной ценности* и покрывающих только наемного работника (но не для программ, покрывающих всю семью): если у работодателя есть программы оздоровления, укажите сумму, которую должен был бы вносить наемный работник за оплату страховых взносов по этой программе, если он (она) получил бы максимальную скидку за участие в программах прекращения курения и не получил бы никаких скидок на основании программы оздоровления. | | |
| Какую сумму должен был бы вносить работодатель за оплату страховых взносов по этой программе? \$ _____ | | |
| Как часто? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Один раз в две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежегодно | | |
| Если срок действия вашей программы вскоре заканчивается, и вам известно, что предлагаемые программы медицинского страхования изменятся, переходите к следующему вопросу. Если вам это неизвестно, ПРЕКРАТИТЕ ЗАПОЛНЕНИЕ и верните эту форму наемному работнику. | | |
| Какие изменения внесет работодатель в программу на следующий год? | | |
| <input type="checkbox"/> Работодатель не будет предоставлять медицинского страхования | | |
| <input type="checkbox"/> Работодатель начнет предоставлять медицинское страхование наемным работникам или изменит сумму страховых взносов для самой дешевой программы, предоставляемой только наемным работникам и отвечающей «стандарту минимальной ценности».* (Страховой взнос должен предусматривать скидку за программы оздоровления. См. предыдущие вопросы.) | | |
| Какую сумму должен был бы вносить работодатель за оплату страховых взносов по этой программе? \$ _____ | | |
| Как часто? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Один раз в две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежегодно | | |
| Дата изменения: (мм/дд/гггг) _____ | | |

*Предоставляемая работодателем программа медицинского страхования отвечает «стандарту минимальной ценности», если покрываемая программой доля суммарных расходов на покрытие допустимых льгот составляет не менее 60 процентов этих расходов (см. раздел 36B(C)(2)(C)(ii) Закона о налоговом управлении США 1986 года).





Ваши права и обязанности Прочтите информацию о своих правах и обязанностях:

ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

Нашему учреждению запрещена дискриминация по расе, цвету кожи, стране происхождения, инвалидности, возрасту, полу и, в некоторых случаях, религиозным или политическим взглядам.

Министерство сельского хозяйства США также запрещает дискриминацию по расе, цвету кожи, стране происхождения, полу, религиозным взглядам, инвалидности, возрасту, политическим взглядам или же в качестве мести или возмездия за прежние действия по защите гражданских прав в рамках каких-либо программ или мероприятий, проводимых или финансируемых Министерством сельского хозяйства США.

Лица с недостатками, нуждающиеся в альтернативных средствах предоставления информации по программе (например, азбука Брайля, крупный шрифт, магнитофонная пленка, американский язык жестов и т.п.), должны обращаться в государственное учреждение (местного уровня или уровня штата) для подачи заявления на предоставление этих льгот. Глухие, слабослышащие и лица с нарушениями речи могут обращаться в Министерство сельского хозяйства США по телефону федеральной телетайпной связи (800) 877-8339. Кроме того, информация по программе может иметься на других языках помимо английского.

Для подачи жалобы на дискриминацию по программе заполните форму жалобы на дискриминацию по программе Министерства сельского хозяйства США (AD-3027), которую можно найти в Интернете по следующей ссылке: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html и во всех отделениях Министерства сельского хозяйства США, указав в своем письме всю информацию, затребованную в этой форме. Для того чтобы заказать экземпляр формы жалобы, звоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство сельского хозяйства США:

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) по факсу: (202) 690-7442; or
- (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov.

За всей прочей информацией касательно программы дополнительной продовольственной поддержки (SNAP) следует обращаться по телефону горячей линии программы Министерства сельского хозяйства США (800) 221-5689, которая также имеется на испанском языке, либо по телефону горячей линии (справочной) штата, который можно получить по ссылке на список номеров телефонов горячих линий штатов, имеющийся в Интернете по следующему адресу: http://www.fns.usda.gov/snapp/contact_info/hotlines.htm.

Для подачи жалобы на дискриминацию по программе получения федеральной помощи через Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS) напишите директору отделения гражданских прав Министерства по адресу: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или звоните по номерам (202) 619-0403 (телефон) или (800) 537-7697 (телетайп).

Это учреждение предоставляет всем одинаковое обслуживание без какой-либо дискриминации.

ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы храним всю информацию в тайне. Она будет использоваться только для того, чтобы установить тот круг программ, на участие в которых вы, возможно, имеете право. При получении соответствующего запроса окружное отделение социальной помощи (CAO) обязано предоставлять федеральным, штатным и местным правоохранительным органам адрес, номер социального обеспечения (SSN) и фотографию (если она имеется) лица, уклоняющегося от уголовного преследования, взятия под стражу или лишения свободы за преступление или нарушение условий взятия на поруки или условно-досрочного освобождения. Любое лицо, умышленно нарушающее какие-либо правила или нормы Министерства, должно быть признано виновным в мелком правонарушении и после вынесения приговора должно уплатить штраф в сумме не выше 100 (ста) долларов США или лишиться свободы сроком не более чем на шесть месяцев, либо понести и то, и другое наказание (см. Собрание законов штата Пенсильвания (P.S.) 62, раздел 483).

ПРАВО НА ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Мы направим вам письменное уведомление, в котором разъясняются ваши льготы. Если мы откажем в предоставлении льгот, либо прекратим или приостановим их действие, вы получите письменное объяснение причин. Вам дается 30 дней (90 дней для льгот по программе дополнительной продовольственной поддержки (SNAP) с даты отправки уведомления по почте для подачи заявления на проведение слушаний).

ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы имеете право на подачу в Управление социального обеспечения (DHS) заявления на проведение слушаний по решению, которое вы считаете несправедливым или неправильным, а если DHS не реагирует на ваше заявление на получение льгот, вы можете подать апелляцию в окружное отделение социальной помощи (CAO). Если вы подаете апелляцию, вы также можете подать запрос на проведение собеседования до слушаний. Если ваша апелляция подается на ускоренное предоставление льгот по программе SNAP, вы имеете право на проведение этого собеседования с супервайзером в течение двух рабочих дней. На слушаниях вы можете представлять себя сами, или же вас может представлять адвокат, друг или родственник.

ПРАВО НА УКАЗАНИЕ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ

Если вы подаете заявление на получение денежной помощи или льгот по программе медицинского страхования Medical Assistance, закон требует от вас содействия в установлении материнства или отцовства и обращении за alimentами. Вы можете быть освобождены от выполнения этого требования, если вы докажете, что это может быть опасно для вас и (или) ваших детей. Вы обязаны будете выполнить требования по трудоустройству и профессиональной подготовке, если вы не освобождаетесь от выполнения этого требования по уважительной причине. Вы обязаны будете выполнить требования по предоставлению полугодовой отчетности, если вы не освобождаетесь от выполнения этого требования по уважительной причине.

ПРАВО НА УДОСТОВЕРЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЗАСЧИТЫВАЕМОГО ПОКРЫТИЯ

Федеральный закон ограничивает отказ в медицинском страховании или ограничении объема медицинского страхования при наличии предшествующих заболеваний. Если вы станете участником групповой программы медицинского страхования, которая не предусматривает лечения вашего предшествующего заболевания, вам может быть зачтено время, в течение которого вы получали покрытие по программе медицинского страхования Medical Assistance. Это может помочь вам получить медицинское покрытие. Обращайтесь с этим удостоверением к социальному работнику, ведущему ваше дело.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Вы обязаны предоставлять правдивую, правильную и полную информацию. Вы обязаны содействовать в подтверждении предоставленной вами информации. Если некоторое подтверждение не представлено, в предоставлении льгот может быть отказано. Если вы не можете представить подтверждение, вы должны обратиться в окружное отделение социальной помощи (CAO) о содействии в его получении. Если к вам обратились представители Управления социального обеспечения (DHS) или Управления генеральной инспектора (Office of Inspector General), вы обязаны полностью сотрудничать с этими лицами или инспекторами. Если вы старше 55 лет и имеете медицинскую страховку для оплаты услуг дома престарелых, услуг по уходу на дому или в пункте проживания, а также сопутствующих услуг больниц и лекарств, отпускаемых по рецепту, вы, возможно, должны будете покрыть стоимость этих услуг за счет завещанного имущества. Если вы подаете заявление на предоставление денежной помощи, вы, возможно, должны будете подписать соглашение о компенсации льгот, полученных вами, вашим супругом (вашей супругой) или вашими детьми.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения денежного пособия, медицинского обслуживания и (или) льгот по программе SNAP вы обязаны предоставлять номер социального обеспечения (SSN) каждого лица, для которого вы подаете заявление. Если у вас нет номера SSN, вы должны подать заявление на его получение. Если вы не предоставите номер SSN, это может привести к тому, что вы не сможете получить льготы. Для предоставления денежного пособия мы можем попросить номера SSN всех лиц, чьи доходы или ресурсы могут повлиять на ваше право на получение льгот или на их размер. Ваш номер SSN будет использован для установления вашей личности, в качестве ключа при компьютерном поиске для проверки вашего дохода и ресурсов, а также во избежание дублирования льгот штата и федеральных льгот. Иностранец, подающий заявление на получение только экстренного медицинского страхования, не должен предоставлять номера SSN. (См. том 42 Свода законов США (U.S.C.), п. 1320b-7)

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЗАКОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРТОЧКИ ACCESS ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ

Если вы будете признаны имеющим право на получение льгот, вам будет выдана карточка ACCESS штата Пенсильвания. Этой карточкой может пользоваться только то лицо, которое имеет на нее право, и только в течение периода действия этого права. Вы можете пользоваться этой карточкой только для получения необходимых и обоснованных услуг.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОТЧЕТНОСТЬ ПО ИЗМЕНЕНИЯМ

Если за вами признают право на получение льгот, вы должны будете сообщать об изменениях своей ситуации социальному работнику, ведущему ваше дело, или в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center). В число изменений, подлежащих отчетности, входят выезд членов вашей семьи с вашего места проживания или выезд туда, изменение адреса, смена места работы кем-либо, потеря работы кем-либо, рождение ребенка, новые источники дохода или изменение дохода. Социальный работник, ведущий ваше дело, отметит особенности, определяемые программами и льготами, на которые вы имеете право. Они также указываются в полученном вами уведомлении. Если отчетность об изменениях, требуемая правилами участия в программе, не предоставляется, это может привести к потере льгот, наложению санкций, а также к преследованию в гражданском или уголовном порядке. Вы можете сообщать об изменениях в окружное отделение социальной помощи (CAO) лично, по телефону, факсу, почте или через учетную запись в системе COMPASS. Вы можете также в любой момент сообщать об изменениях в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center) по телефону 1-877-395-8930 или в Филадельфии по телефону 1-215-560-7226.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПОИСК РАБОТЫ

Если вы подаете заявление на получение денежного пособия, вы обязаны предоставлять доказательство того, что вы подаете заявления о приеме на работу, как минимум, 3 раза в неделю в период рассмотрения вашего заявления, если вы не подтвердили наличие у вас уважительной причины или разрешения на освобождение от выполнения этой обязанности.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАКОНЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

(i) Сбор этой информации, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи, разрешен Законом о продовольственных талонах (Food Stamp Act) 1977 года с поправкой, том 7 свода законов США (U.S.C.), статьи 2011-2036. Эта информация будет использована для определения наличия у вашей семьи права на участие в программе SNAP или на продолжение этого участия. Мы проверим эту информацию с помощью компьютерных программ сопоставления. Эта информация будет использована для контроля выполнения программы и ее правил.

(ii) Эта информация может передаваться другим федеральным учреждениям и учреждениям штатов для официальной проверки, а также сотрудникам правоохранительных органов для задержания лиц, уклоняющихся от юридической ответственности.

(iii) Если программа SNAP подаст иск против вашей семьи, информация, указанная в этом заявлении, включая все номера социального обеспечения (SSN), может быть передана федеральным учреждениям и учреждениям штатов, а также частным фирмам по сбору задолженности по искам для взыскания этой задолженности.

(iv) Запрошенная информация, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи, представляется добровольно. Однако отказ в предоставлении номера SSN может привести к отказу в предоставлении льгот по программе SNAP каждому лицу, не предоставившему номер SSN. Все предоставленные номера SSN будут использоваться и раскрываться так же, как и номера SSN членов семей, имеющих право на получение льгот.



Запреты и штрафы Прочтите о своих обязанностях:

| ЕСЛИ ЭТО ПРОИСХОДИТ БЕЗ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ | | МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ СЛЕДУЮЩЕЕ (ВЗЫСКАНИЕ) |
|---|---|--|
| ВСЕ ЛЬГОТЫ ПРОГРАММА SNAP ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ | Неправомерное пользование Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой RAACCESS. | Штраф, тюремное заключение или и то, и другое. |
| | Сокрытие изменений, о которых вы обязаны сообщать. | Сокращение объема льгот или лишение льгот. |
| | Умышленная дача ложной, неверной или неполной информации или сокрытие изменений. | Штраф, лишение прав на получение льгот и (или) тюремное заключение за мошенничество с велфером, а также лишение права на административные слушания. Лишение права на получение денежной помощи: • В первый раз – на 6 месяцев. • Во второй раз – на 12 месяцев. • В третий раз – навсегда. Лишение права на получение помощи по программе SNAP: • В первый раз – на 12 месяцев, • Во второй раз – на 24 месяца, • В третий раз – навсегда. |
| Торговля своей карточкой ACCESS, продажа карточки или попытка торговать ею, либо продажа, покупка или использование карточки ACCESS другого лица. | Лишение права на участие в программе: • За любое осуждение судом – на 12 месяцев. | |
| ПРОГРАММА SNAP | Преднамеренное использование не по назначению льгот, предоставляемых по программе SNAP, например, торговля карточкой EBT или льготами по программе SNAP, их продажа или покупка; передача льгот другому лицу; вручение емкостей, купленных с использованием льгот по программе SNAP, для их наполнения (или закупка предметов, не покрываемых программой SNAP, например, алкоголя или табачных изделий), а также использование льгот по программе SNAP для оплаты ранее полученных или полученных в кредит пищевых продуктов. | Лишение прав: • В первый раз – на 12 месяцев. • Во второй раз – на 24 месяца. • В третий раз – навсегда. • При первом признании судом виновным на общую сумму 500 долларов США или выше – навсегда. |
| | Покупка пищевых продуктов с помощью льгот по программе SNAP с намерением получить наличные денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов путем перепродажи продуктов в обмен на денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов. | |
| | Преднамеренная покупка продуктов, первоначально купленных с помощью льгот по программе SNAP в обмен на денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов. | |
| | Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки наркотиков или контролируемых препаратов. | Лишение прав: • В первый раз – на 24 месяца. • Во второй раз – навсегда. |
| | Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ. | В первый раз – лишение прав навсегда. |
| | Признание судом виновности в покупке или продаже льгот по программе SNAP либо торговля ими на общую сумму 500 долларов США или выше. | Лишение прав навсегда. |
| | Представление ложной информации о себе и своем месте проживания для получения льгот по программе SNAP в нескольких местах. | Лишение прав на 10 лет. |
| ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ | Уклонение от уголовного преследования, взятия под стражу или заключения за совершение преступления или попытку его совершения, либо в нарушение условий probation или условно-досрочного освобождения. | Лишение прав до совершения вами действий, предусмотренных законом. |
| | Если вы не выполняете условий взыскания, наложенного судом, включая взыскание штрафов за мелкое правонарушение или преступление. | Лишение прав до выполнения условий наложенного на вас взыскания |
| | Предоставляете ложную информацию о месте своего проживания для получения денежных средств в двух или нескольких штатах. | Лишение прав сроком на 10 лет. |
| ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ | Уклонение от уголовного преследования, взятия под стражу или заключения за совершение преступления или попытку его совершения; не являетесь в суд по уголовным делам в качестве обвиняемого в совершении мелкого правонарушения или преступления или получения повестки или ордера; уходите в бега из-за нарушения условий взятия на поруки или условно-досрочного освобождения; или в отношении вас выпускается какой-либо действующий ордер. | Лишение прав до совершения вами действий, предусмотренных законом. |
| | Если вы признаны виновным в мошенничестве или нарушении следующих правил: | <ul style="list-style-type: none"> Штраф размером до 250000 долларов США в пользу программы SNAP или до 15000 долларов США для программы денежной помощи. Тюремное заключение сроком до 20 в пользу для программы SNAP или до семи лет для программы денежной помощи и (или) Возврат полученных льгот. Лишение прав на получение льгот на сроки, указанные выше для отдельных программ. |
| ТРЕБОВАНИЯ К РАБОТЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ SNAP | Для членов семьи возрастом от 15 до 60 лет, не имеющих физических или умственных недостатков, и не имеющих иных причин для освобождения от выполнения этого требования. | Лишение прав: • В первый раз – на один месяц и до совершения вами требуемых действий. • Во второй раз – на три месяца и до совершения вами требуемых действий. • В третий и последующие разы – на шесть месяцев и до совершения вами требуемых действий. |
| | Отказ: • Участвовать в утвержденной программе работы или профессиональной подготовки. • Принять предложение о приеме на работу. • Сообщить в окружное отделение социальной помощи (CAO) о положении дел со своей работой и ее наличии. | |
| ТРЕБОВАНИЯ К РАБОТЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ | Преднамеренно не выполняются требования к работе, указанные в письменной форме в Соглашении о взаимных обязанностях (AMR). | Лишение прав: • В первый раз – вы потеряете право на получение льгот в течение, как минимум, 30 дней и до тех пор, пока вы не продемонстрируете выполнение требований в течение, как минимум, одной недели. Если вы потеряете право на получение льгот в течение 90 дней, вся ваша семья лишится этого права вместе с вами до тех пор, пока вы не продемонстрируете выполнение требований в течение, как минимум, одной недели. • Во второй раз – вы потеряете право на получение льгот в течение, как минимум, 60 дней и до тех пор, пока вы не продемонстрируете выполнение требований в течение, как минимум, одной недели. Если вы потеряете право на получение льгот в течение 60 дней, вся ваша семья лишится этого права вместе с вами до тех пор, пока вы не продемонстрируете выполнение требований в течение, как минимум, одной недели. • В третий раз – навсегда. |
| | | Преднамеренно выполнить следующие действия: • Уволиться с работы. • Сократить количество рабочих часов до менее чем 30 часов в неделю (за исключением тех случаев, когда требование о работе выполнено за счет другого места работы). |



Разъяснение ваших прав и обязанностей

Подписывая эту форму, я заявляю следующее:

- Мне известно, что штат Пенсильвания получает информацию из Системы проверки права на получение льгот (IEVS) и от прочих федеральных государственных учреждений и государственных учреждений прочих штатов для проверки информации, полученной им от меня. Информация, предоставляемая системой IEVS, будет затребована, использована и может быть проверена посредством дополнительного контакта при обнаружении противоречий государственным учреждением штата Пенсильвания, и такая информация может повлиять на право семьи на получение льгот и размер этих льгот. Если я представлю ложные сведения либо скрою или не сообщу факты, которые могут повлиять на мое право на получение льгот, возможно, я буду обязан компенсировать полученные льготы, а также, возможно, подвергнусь уголовному преследованию и буду лишен права на получение определенных льгот в будущем.
- Мне известно, что я могу назначить полномочного представителя, заполнив раздел «Полномочный представитель» и приложив его к этому заявлению.
- Мне известно, и я признаю, что я несу ответственность за все сведения, мошеннически приведенные в этом заявлении, даже если оно было представлено кем-либо другим от моего имени.
- Я получил экземпляр описания моих прав и обязанностей, ознакомился с ними или кто-то ознакомил меня с ними, и они мне известны.
- Мне известно, что информация, указанная в этом заявлении, будет храниться в тайне и использоваться только для предоставления льгот. Я разрешаю раскрытие личной, финансовой и медицинской информации в целях определения наличия у меня права на получение льгот.
- Мне известно, что я обязан сообщать обо всех изменениях, которые должны указываться, в течение первых 10 дней месяца, следующего за тем месяцем, в котором произошло изменение.
- Мне известно, что я получу письменное уведомление с объяснением льгот. Если в предоставлении льгот отказано или же они изменены, временно приостановлены или отменены, причина этого будет изложена в письменном уведомлении.
- Мне известно, что мне дается 30 дней (90 дней в случае льгот по программе SNAP (продовольственных талонов) с даты уведомления для подачи запроса на проведение слушаний, если я не согласен с решением, принятым по моему заявлению.
- Мне известно, что моя ситуация может подтверждаться через работодателей, из финансовых источников и прочими третьими сторонами.
- Мне известно, что заявители должны предоставлять свои номера социального обеспечения или подавать заявление на их получение, если они еще не имеют этих номеров. Этот номер может использоваться для проверки информации, указанной в заявлении.
- Мне известно, что я должен пользоваться Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PA ACCESS только в тот период, когда я имею на это право. Я обязан пользоваться Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PA ACCESS, выданной только тому лицу, которое имеет право на получение льгот, и могу получать только необходимые и обоснованные льготы.
- Мне известно, что я не могу пользоваться фондами TANF, выданными по карточке PA ACCESS, для выполнения транзакций с помощью системы EBT в магазинах ликероводочных изделий, казино (казино для азартных игр, игровых павильонах) или местах развлечений для взрослых.
- Мне известно, что я не должен предоставлять свои номера социального обеспечения всех лиц, на которых не распространяется заявление на получение помощи. Если я укажу их номера социального обеспечения, они могут быть использованы для проверки информации, указанной в заявлении.
- Я удостоверяю под присягой (нарушение которой карается в уголовном порядке), что вся указанная информация является правдивой.
- Мне известно, что у меня есть право на получение сертификата засчитываемого покрытия покрытия, дающего право на засчитывание медицинского страхования. Федеральный закон ограничивает отказ в медицинском страховании или ограничение объема медицинского страхования при наличии предшествующих заболеваний. Если вы являетесь участником групповой программы медицинского страхования, которая не предусматривает лечения вашего предшествующего заболевания, вам может быть зачтено время, в течение которого вы получали покрытие по программе медицинского страхования Medical Assistance.
- Мне известно, что если я получу право на льготы по программе помощи с медицинским обслуживанием (Medical Assistance), мне будет предоставлен наиболее конкурентоспособный пакет услуг из числа предназначенных для меня.
- Если я буду получать денежное пособие, я буду выполнять требования программы выплаты алиментов по указанию Управления. Я предоставляю Отделению семейных отношений (DRS) право на принятие мер по получению и сбору денежных алиментов и (или) содействия в предоставлении медицинского обслуживания для меня и остальных лиц, указанных в моем заявлении.
- Мне известно, что если я сообщу о домашних расходах или представлю доказательство того, что понес их, я получу льготы в максимальном размере, предусмотренном программой SNAP (продовольственных талонов). Если информация о расходах или доказательство того, что они были понесены, не будут представлены, это будет рассматриваться, как мое нежелание получить вычет за расходы, о которых я не сообщил, или доказательства для которых не были представлены. (Основание: Министерство сельского хозяйства США, Управление пищевых продуктов и питания, Среднеатлантическое региональное отделение, административное уведомление № 6-99 от 4 января 1999 г.).
- Мне известно, что у меня есть право на получение кредита на домашние расходы, когда я сообщу о них и представлю доказательство того, что понес их, в любой момент в течение периода сертификации по программе SNAP (продовольственных талонов).
- Мне известно, что у меня есть право на обращение в окружное отделение социальной помощи помощи (CAO) за содействием в получении доказательства расходов, и что CAO может обращаться к другим лицам за подтверждением, если у меня возникают трудности с доказательством чего-либо.
- Мне известно, что если все или некоторые лица, указанные в заявлении, не имеют права на получение медицинской помощи, они, возможно, имеют право на получение льгот по программе CHIP. В этом случае я разрешаю Управлению социальных услуг передать мои имя и фамилию, а также сведения, приведенные в этом заявлении, отделу страхования или подрядчику по программе CHIP.
- Мне известно, что если все или некоторые лица, указанные в заявлении, не имеют права на получение медицинской помощи, они, возможно, имеют право на получение федеральных льгот и (или) изучение вариантов получения частного медицинского страхования через рынок медицинских страховок (Health Insurance Marketplace). В этом случае я разрешаю Управлению передать рынок мои имя и фамилию, а также сведения, указанные в этом заявлении.
- Возобновление покрытия в будущем: для упрощения решения вопроса о том, буду ли я иметь право в последующие годы на получение помощи в оплате медицинской страховки, я согласен разрешить рынку медицинских страховок использовать данные обо мне, включая информацию из моих налоговых деклараций. Рынок направит мне уведомление, даст мне возможность внести изменения, и я могу отменить это разрешение в любое время.

Да, автоматически возобновите мое право на получение льгот на следующий срок: (Отметьте один вариант)

- пять лет (максимальное разрешенное количество лет)
- четыре года
- три года
- два года
- один год
- Не используйте информацию из моей налоговой декларации для возобновления моего покрытия.



ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។
ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711) मा फोन गर्नुहोस्।



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

