



# ДОГОВІР ПРО ВЗАЄМНУ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ



pennsylvania  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

www.dhs.pa.gov

## ДО ВАШИХ ОBOB'ЯЗКІВ НАЛЕЖИТЬ:

- ✓ Взаємодіяти з вашим соціальним працівником з метою розробки плану того, як вам подбати про себе (і свою сім'ю), не використовуючи грошову допомогу. Сюди входить можливість подання заяви про стягнення аліментів на дитину або подружжя, якщо ви не маєте вагомих причин цього не робити.
- ✓ Взаємодіяти з вашим соціальним працівником з метою встановлення нових цілей у випадку зміни ситуації і повідомляти соціального працівника про виконання частин свого плану.
- ✓ Виконувати кроки у вашому плані (досягати ваших цілей) у терміни, які ви узгодили з вашим соціальним працівником.
- ✓ Подбати про те, щоб ваші діти відвідували школу.
- ✓ У разі відповідного запиту співпрацювати з випадковою вибіркою Тимчасової допомоги нужденним сім'ям (TANF). Це могло б включати для вашого соціального працівника забезпечення працевлаштування та годин діяльності, пов'язаної з роботою.
- ✓ Використовувати кошти TANF, видані через вашу картку для електронного переказу пільг (EBT) або картку PA ACCESS, тільки для дозволених транзакцій. Ви не можете використовувати кошти TANF, видані через вашу картку EBT або PA ACCESS, для здійснення транзакцій електронного переказу пільг (EBT) в магазинах алкогольних напоїв; казино (ігрових казино, ігрових закладах); або закладах для дорослих, де виконавці роздягаються або виступають без одягу.
- ✓ Використовувати отриману спеціальну грошову допомогу лише для оплати товарів або послуг, запит на які ви надавали. Протягом 14 днів після отримання грошей необхідно надати підтвердження того, яким чином вони були витрачені.
  - Якщо ви не використовуєте гроші на товари або послуги, на які було видано спеціальну надбавку, і не надаєте докази (наприклад, квитанції) про цільове використання коштів, вас можуть зобов'язати повернути їх.
- ✓ Загалом, ви повинні працювати або брати участь у схваленій робочій діяльності (якщо ви не звільнені від такої або маєте поважної причини, щоб не працювати) принаймні стільки годин, скільки потрібно для вашого домогосподарства.
- ✓ Збереження вашого здоров'я та здоров'я ваших дітей – важливий крок до незалежності.
- ✓ Якщо ви вагітні, важливо дотримуватися всіх призначень вашого лікаря або клініки.
- ✓ Заповнити, підписати і поставити дату на Договорі про взаємну відповідальність (AMR), надісланому вам поштою, і повернути його протягом 30 днів з дати підпису AMR окружним відділом допомоги (CAO).

## ДО НАШИХ ОBOB'ЯЗКІВ НАЛЕЖИТЬ:

- ✓ Пояснити, що ви можете отримувати грошову допомогу за програмою TANF загалом лише протягом 5 років (60 місяців) у вашому житті. TANF надає тимчасову допомогу доти, доки ви та ваша родина не будете знову в змозі забезпечувати себе. У випадку виникнення особливих обставин Ви можете претендувати на продовження програми після досягнення 5-річного ліміту TANF.
- ✓ Пояснити, що вам доступна допомога в оплаті догляду за дитиною, тож ви можете відвідувати навчання, працювати або брати участь в інших заходах, що допоможуть вам отримати роботу.
- ✓ Пояснити, які спеціальні виплати на послуги підтримки, такі як транспорт, догляд за дітьми та одяг, можуть бути вам доступні, і допомоги з оформленням документів, необхідних для отримання цих послуг.
- ✓ Пояснити, що усі види діяльності, у тому числі ті, які ви можете розпочати самостійно, мають бути схвалені відділом.
- ✓ Допомогти знайти інші групи та/або людей, які можуть допомогти вам з реалізацією планів по досягненню ваших цілей.
- ✓ Пояснити інші шляхи, якими ми можемо вам допомогти, наприклад Програма захисту прав людей з обмеженими можливостями (DAP), кредитування заробленого доходу (EIC) та інші способи допомоги жертвам домашнього насильства.
- ✓ Пояснити доступні можливості для отримання освіти та навчання.
- ✓ Пояснити, що ви можете добровільно приймати участь у діяльності, пов'язаної з роботою або освітою/навчанням, якщо ви не зобов'язані працювати.
- ✓ Надати вам інформацію щодо Програми додаткового харчування (SNAP), а також можливості продовження отримання SNAP, медичної допомоги та допомоги по догляду за дітьми, коли ви припините отримувати TANF за рахунок заробітку від роботи.
- ✓ Пояснити, що у разі отримання Диверсійної виплати і звернення за готівковою допомогою протягом одного і того ж періоду ви зобов'язані повністю або частково повернути Диверсійну виплату за відповідний період.
- ✓ Пояснити, що ви маєте право на використання транспорту, щоб дістатися до вашого лікаря або клініки.
- ✓ Пояснити, що ви повинні брати участь у доступному лікуванні від наркотичної або алкогольної залежності у разі, якщо зловживання відповідними речовинами заважає вам знайти чи зберегти роботу.
- ✓ Пояснити, що якщо у вас чи члена вашої сім'ї є фізична чи інтелектуальна неспроможність або психічні розлади, що заважають вам працювати, ми можемо направити вас до агентства, яке може допомогти. Усі послуги будуть конфіденційними.
- ✓ Пояснити, що ви маєте заповнити, підписати і поставити дату на Договорі про взаємну відповідальність (AMR), надісланому вам поштою, і повернути його протягом 30 днів з дати підпису AMR окружним відділом допомоги (CAO), або ви та ваша родина не зможете претендувати на грошову допомогу.

# ПЛАН ПІДТРИМКИ СЕБЕ І СВОЄЇ РОДИНИ

## ДОГОВІР ПРО ВЗАЄМНУ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

№ п/п:	ІМ'Я:		
ОКРУГ:	СПРАВА №:	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ:	ДАТА:

**РЕЗЮМЕ СПРАВИ:** Тільки для використання CAO. Ваш соціальний працівник заповнить це разом з вами.

Кількість днів TANF: \_\_\_\_\_ Кількість днів GA: \_\_\_\_\_

Найвищий рівень завершеної освіти: \_\_\_\_\_

Дата народження наймолодшої дитини: \_\_\_\_\_

Завершено тижнів оплачуваного стажу роботи: \_\_\_\_\_

Допустимі години громадських робіт на тиждень: \_\_\_\_\_

**ЦІЛІ:** Який вид роботи чи заробітку ви шукаєте? Яке навчання чи освіта вам може для цього знадобитися?

Довгострокові:

Перші кроки:

**БАР'ЄРИ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ:** Давайте заповнимо контрольний список для оцінки готовності до роботи.

**СТАТУС ЗАЙНЯТОСТІ ТА НАВЧАННЯ:** Давайте подивимося, чи відповідаєте ви вимогам до роботи.

Обов'язковий  Звільнений

**СТАТУС УЧАСТІ:** Давайте подивимося як ваші бар'єри впливають на вашу здатність брати участь у діяльності.

Поважна причина та винятки були переглянуті та:

Схвалені  Відхилені  Не застосовується

Причина:

**ДОПОМОГА АГЕНТСТВА ТА РЕФЕРАЛІВ:** Давайте подивимося, як ми чи інше агентство можемо вам допомогти.

# ПЛАН ПІДТРИМКИ СЕБЕ І СВОЄЇ РОДИНИ

## ДОГОВІР ПРО ВЗАЄМНУ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

№ п/п:	ІМ'Я:		
ОКРУГ:	СПРАВА №:	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ:	ДАТА:

### РОБОЧА АКТИВНІСТЬ:

Що:

Де:

Коли:

Години:

Ви повинні відпрацювати \_\_\_\_\_ профільних годин на тиждень і \_\_\_\_\_ непрофільних годин на тиждень.

Що:

Де:

Коли:

Години:

Ви повинні відпрацювати \_\_\_\_\_ профільних годин на тиждень і \_\_\_\_\_ непрофільних годин на тиждень.

### ВАШІ ПРАВА:

До того, як ваші пільги будуть зменшені або припинені, ви маєте право на розгляд вашої справи з метою визначення, чи була у вас поважна причина (достатня підстава) для невиконання вимог. До того, як ваші пільги будуть зменшені або припинені, ви маєте право отримати сповіщення про відповідні дії. Ви маєте право подати апеляцію та вимагати справедливого слухання, якщо ви не згодні з нашим рішенням. Ваші пільги будуть подовжені, якщо ваша апеляція буде надіслана поштовим штемпелем або отримана протягом десяти днів з дати надсилання повідомлення з пропозицією зменшити або припинити ваші пільги.

### ПОВАЖНА ПРИЧИНА:

Причина може вважатися поважною, якщо невиконання кроків у вашому Плані підтримки себе та своєї сім'ї не залежить від вас. Прикладами поважних причин є домашнє насильство, відсутність належного догляду за дитиною або потреба піклуватися про інваліда чи хвору людину.

Повідомте про цей план до \_\_\_\_\_ до: \_\_\_\_\_  
Прізвище працівника Дата Номер телефону:

Я прочитав і розумію цю форму, яка називається Договір про взаємну відповідальність (AMR), я знаю, що маю підписати AMR, щоб отримати грошову допомогу. Я знаю, що підписання AMR означає, що я зобов'язуюся діяти згідно з планом. Я знаю, що якщо я без поважних причин не зроблю те, що передбачено планом, можуть бути накладені «штрафні санкції», зазначені на сторінці 4 цього AMR. Я знаю, що якщо я не підпишу цей AMR без поважної причини, я та моя сім'я можемо не отримати грошову допомогу (62 P.S. 405.3). Я знаю, що штрафи за непідписання AMR наведено на сторінці 4 цієї форми.

\_\_\_\_\_ Ініціали клієнта

\_\_\_\_\_ Дата

\_\_\_\_\_ Ініціали агентства

\_\_\_\_\_ Дата

\_\_\_\_\_ Ініціали клієнта

\_\_\_\_\_ Дата

\_\_\_\_\_ Ініціали агентства

\_\_\_\_\_ Дата

## ШТРАФНІ САНКЦІЇ ЗА УГОДОЮ

ЯКЩО ВИ ВІДМОВИЛИСЬ АБО УМИСНО НЕ ЗРОБИЛИ НАСТУПНЕ:	ВАС ОЧІКУЄ ШТРАФНА САНКЦІЯ:
Не розробили план зі своїм соціальним працівником, який займається вашою справою, і не підписали Договір про взаємну відповідальність (AMR) без поважної причини.	Ви не матимете права на отримання грошової допомоги, поки не підпишете цей AMR. Якщо ви або інший дорослий вже отримували TANF протягом 60 місяців, ви і ваша сім'я не матимете права на грошову допомогу.
Не підписали AMR, надісланий вам поштою, і не повернули його протягом 30 днів з дати підписання AMR окружним бюро допомоги (CAO).	Ви не матимете права на грошову допомогу, якщо AMR не буде повернено протягом 30 днів. Якщо ви чи інша доросла особа вже отримували TANF протягом 60 місяців, ви та ваша родина не маєте права на грошову допомогу.
Не виконуєте вимоги для пошуку підтримки та/або не підтверджуєте батьківство без поважної причини.	Ваша щомісячна грошова допомога буде зменшена на 25 відсотків.
Не виконуєте вимоги до роботи без поважної причини. Це включає, але не обмежується: <ul style="list-style-type: none"> <li>• участь у роботі або трудовій діяльності, включаючи освіту та навчання;</li> <li>• активний пошук роботи та надання необхідної документації; та</li> <li>• прийняття та збереження доступної роботи.</li> </ul>	<p>1-е порушення - ви не будете мати права на допомогу протягом щонайменше 30 днів або до тих пір, поки порушення не буде припинено, залежно від того, що довше.</p> <p>2-ге порушення - ви не будете мати права на допомогу протягом щонайменше 60 днів або до тих пір, поки порушення не буде припинено, залежно від того, що довше</p> <p>3-тє порушення – ви будете остаточно дискваліфіковані.</p> <p>Якщо причина для застосування санкцій виникає протягом перших 24 місяців з моменту отримання грошової допомоги, як послідовно, так і з перервою, санкція поширюється лише на особу.</p> <p>Якщо причина для стягнення настає через 24 місяці після отримання грошової допомоги, чи то посліпль, так і з перервою, санкція поширюється на всю родину.</p>
Заробляєте на добровільній основі і без вагомої причини зменшуєте кількість робочих годин до менш ніж 20 на тиждень.	Ваша допомога буде зменшена на суму, рівну тому, що ви б заробили, якби ви добровільно не скоротили свої години.
Не берете участь у доступному лікуванні від наркоманії або алкоголізму, якщо зловживання відповідними речовинами заважає вам знайти або зберегти роботу.	Ви не матимете права на отримання своєї частки грошової допомоги, доки не пройдете доступний план лікування.
Не звертаєтеся за іншими можливими джерелами доходу.	Ви не придатні для участі у програмі, доки не погодитесь виконати вимоги. Якщо ви чи інша доросла особа вже отримували TANF протягом 60 місяців, ви та ваша сім'я не маєте права брати участь у програмі, доки не виконаєте вимоги.
Протягом 14 днів не надали підтвердження того, як були витрачені гроші на спеціальну допомогу.	Вас можуть зобов'язати повернути гроші, отримані в рамках спеціальної допомоги, у випадку їх нецільового використання (а саме для оплати товарів або послуг, запит на отримання яких ви надавали).