

**НАЗВАНИЕ И АДРЕС САО**



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

**УКАЗАНИЯ:**

1. В данном формуляре поставьте свою подпись на строке подписи в поле внизу.
2. Сложите это письмо и вложите его в предоставленный конверт с обратным адресом.

**ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ДЕЛА**

CO	НОМЕР ЗАПИСИ	CSLD	DIST
НАИМЕНОВАНИЕ ЗАПИСИ			ДАТА

**ИМЯ И ФАМИЛИЯ:** \_\_\_\_\_

**ТЕЛЕФОН:** \_\_\_\_\_

**АДРЕС:** \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

1. Моя подпись в настоящем заявлении подтверждает, что я разрешаю Департаменту социального обеспечения и его уполномоченному представителю: (а) проверять всю предоставляемую мной информацию о месте проживания, работе, доходе, материальных ценностях, энергоснабжении и поставщике энергоресурсов; (б) сообщать информацию моему поставщику энергоресурсов и получать от него информацию, чтобы Департамент социального обеспечения мог получать сведения о моем годовом потреблении энергоресурсов, затратах и счетах для проведения оценки программы, реализации программы и составления отчетов; (с) заполнять все анкеты в связи с получением субсидии на оплату энергопотребления.
2. Если вы не предоставите номер социального страхования или не заполните приведенный ниже affidavit в связи с субсидией на оплату энергопотребления, вы не будете иметь права на получение пособий.

**Affидевит в связи с субсидией на на оплату энергопотребления**

Я удостоверяю, что:

- я предоставил номера социального страхования всех членов семьи.  
 насколько мне известно, у этих членов семьи нет номера социального страхования:

(Имена и фамилии печатными буквами)

\_\_\_\_\_

- Следующие члены семьи пользуются своими правами согласно разделу 7 «Закона о неприкосновенности частной жизни» в редакции 1974 года и отказываются сообщать свой номер социального страхования либо не могут этого сделать, так как являются жертвами домашнего насилия:

(Имена и фамилии печатными буквами)

\_\_\_\_\_

3. Я разрешаю сообщать информацию о соответствии критериям программы LIHEAP моим поставщикам энергоресурсов или учреждениями по реконструкции жилья с учетом климатических особенностей и получать информацию от них, а также разрешаю им обращаться за получением помощи, на которую я, возможно, имею право. Помощь может включать льготы LIHEAP Cash, Crisis и услуги по реконструкции жилья с учетом климатических особенностей.

4. Я понимаю, что у меня есть право подать апелляцию в отношении любого решения или недолжной задержки в принятии решения, которую я считаю ненадлежащей в отношении этого заявления.
5. Я заявляю, что штат Пенсильвания является моим официальным местом жительства.
6. Я понимаю, что все предоставленные номера социального страхования будут использованы во время применения этой программы, включая перекрестную совместимость с другими программами.
7. Я понимаю, что мне будет направлено уведомление о соответствии или несоответствии критериям, и в случае соответствия в уведомлении будет указана сумма моего пособия.
8. Я также понимаю, что, если моя семья имеет право на получение денежного пособия по программе LIHEAP, оно должно отправляться непосредственно моей коммунальной компании или поставщику топлива, кроме случая, когда я - арендатор и мое отопление включено в мою арендную плату, или мое топливо предоставляет фирма, которая не принимает частный платеж.
9. Под страхом наказания, предусмотренного законом, я удостоверяю, что, насколько мне известно, предоставленная мною информация является достоверной, точной и полной.
10. Мне известно, что предоставление мною ложной информации может повлечь за собой штраф и/или тюремное заключение.
11. Подписывая настоящее заявление, я понимаю, что могу не пройти на получение льгот, так как объем денежных средств по программе LIHEAP ограничен.
12. Если ваша семья соответствует критериям программы LIHEAP, вы можете получить по почте формуляр согласия на ускоренную процедуру рассмотрения дела, которая, возможно, позволит вам и членам вашей семьи автоматически зарегистрироваться в программе Medical Assistance.

**ПОДПИШИТЕ ЗДЕСЬ – ЧЕРНИЛАМИ**

X

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

ДАТА