



Pennsylvania  
Department of Human Services

# Определение права на получение пособий

This is an application for cash, health care and the Supplemental Nutrition Assistance Program (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 en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译，请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហោសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ ដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមទាក់ទង ការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។

هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.



**COMPASS**  
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Вы можете подать заявление на продление онлайн на: [www.compass.dhs.pa.gov](http://www.compass.dhs.pa.gov)

Если у вас имеются какие-либо физические ограничения и вам необходимо, чтобы это заявление было напечатано крупным шрифтом или в другом формате, обратитесь на нашу **линию поддержки** по номеру **1-800-692-7462**. Глухие, слабослышащие и лица, страдающими нарушениями речи, могут обратиться на линию поддержки, воспользовавшись телетайпной службой штата Пенсильвания по номеру **711**.

## Безопасность в семье: Информация о домашнем насилии, изнасиловании и вашем пособии по программе TANF.

Признать, что вы сами или какой-либо близкий вам человек испытывает на себе насилие в отношениях и семье, может быть очень сложно.

Домашнее насилие является признаком агрессивного поведения, применяемого одним лицом для получения или сохранения власти и контроля над другим лицом в близких или семейных отношениях. Домашнее насилие может быть физическим, сексуальным, эмоциональным или психологическим. К нему относятся виды поведения, которые ведут к утрашению, манипулированию, унижению, изоляции, запугиванию, тирании, принуждению, угрозам, обвинению, причинению боли, нанесению кому-либо повреждений или ран. К нему может также относиться контроль и ограничение доступа к финансам или социальным сетям.

Примеры агрессивного поведения включают, без ограничений:

- физическое насилие
- эмоциональное насилие
- психологическое насилие
- сексуальное насилие
- изнасилование
- сексуальное посягательство
- преследование
- финансовое насилие
- технологическое насилие

Если вы являетесь или стали жертвой домашнего насилия, сексуального посягательства, домогательства, изнасилования или преследования и находитесь под угрозой дальнейшего применения насилия, посягательства, домогательства, изнасилования или преследования, ваш социальный работник может освободить вас от действия требований программы по предоставлению финансовой помощи. В некоторых случаях лица не могут безопасным образом выполнять требования к получению финансовой помощи, поскольку они опасаются применения насилия по отношению к ним или их детям, если они это сделают.

К таким требованиям программы относятся:

- Сотрудничество в области получения алиментов на ребенка или супружеских алиментов
- Трудовая занятость (RESET)
- Требования к подтверждениям
- Временные рамки
- Требования к проживанию родителей-подростков по домашнему адресу
- Другие требования на основе отдельных случаев

Если вам нужно получить исключение из действия требований к получению финансовой помощи ввиду домашнего насилия, сообщите своему социальному работнику. Ваш социальный работник может:

- **Поговорить** с вами, если у вас есть такое желание. Вы можете попросить о разговоре наедине. Ваш социальный работник и сотрудники будут соблюдать конфиденциальность вашей личной информации.
- **Помочь** вам найти местные программы, в которых вы можете получить консультирование, планирование безопасности, убежище, юридические услуги и прочую помощь.
- **Помочь** вам понять правила при подаче заявления на финансовую помощь и то, как они повлияют на вас в случае подачи заявления.

**Коалиция против домашнего насилия в штате Пенсильвания (The Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, PCADV), <https://www.pcadv.org> 1-800-932-4632 (в Пенсильвании) 303-839-1852 (общенациональный)**

Изнасилование, сексуальное насилие или домогательство не ограничивается близкими отношениями. Оно может произойти на рабочем месте, в образовательной среде или быть применено в общественном месте незнакомцем. За более подробной информацией об изнасиловании и сексуальном насилии свяжитесь:

**Коалиция по развитию уважения в штате Пенсильвания (Pennsylvania Coalition to Advance Respect, PCAR), <https://pcar.org> 1-888-772-7227 (в Пенсильвании)**

### PA CareerLink® — важная информация

PA CareerLink® представляет собой программу Департамента труда и промышленности штата Пенсильвания, оказывающую помощь соискателям в поиске работы. Сотрудники Департамента труда и промышленности осведомлены о текущих условиях рынка труда и могут предоставить вам информацию и ресурсы для облегчения процесса трудоустройства.

Для начала участия рекомендуется зарегистрироваться в программе PA CareerLink®. Вы можете зарегистрироваться в программе PA CareerLink® по адресу [www.pacareerlink.pa.gov/](http://www.pacareerlink.pa.gov/).

# Определение льгот: Нам необходимо удостовериться, имеете ли вы право на получение денежных средств, медицинского обслуживания и/или пособий по Программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).



**Переходите на безбумажный документооборот!** Хотите получать уведомления в электронной форме? Создайте учетную запись в программе MyCOMPASS на сайте [www.compass.dhs.pa.gov](http://www.compass.dhs.pa.gov).

## ПОЖАЛУЙСТА, ВСЮ ИНФОРМАЦИЮ ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

**Важное уведомление для получателя пособий:** Нам необходимо собрать информацию о вас.

1. Пожалуйста, пишите печатные буквы понятно. Постарайтесь указать как можно больше данных о себе. Информация, запрашиваемая в этой форме, необходима для определения вашего дальнейшего права на участие в программе.
2. **Пожалуйста, ознакомьтесь с информацией, напечатанной на бланке. Если напечатанная информация неверна или подлежит изменению, зачеркните напечатанное и укажите правильную информацию. Просмотрите все вопросы, на которые нет заранее напечатанных ответов, и дайте на них ответ, если в инструкции не указано, что вы можете не отвечать.**
3. Если вам нужна помощь, вам может помочь другой человек, вы можете обратиться в ваше окружное отделение социальной поддержки или в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center) по номеру 1-877-395-8930. Для пользователей ТТУ/ТДД: 711.
4. **Подпишите и проставьте дату на странице 1 Формы для определение права на получение пособий и на странице «Разъяснение ваших прав и обязанностей».**
5. Принесите форму в ваше окружное отделение социальной поддержки в дату и время, на которые у вас назначено собеседование. Если вам назначено собеседование по телефону или вы освобождены от необходимости проходить собеседование, отправьте форму, а также любую запрошенную информацию, своему социальному работнику.
6. Вы можете подать заявление онлайн по адресу: [www.compass.dhs.pa.gov](http://www.compass.dhs.pa.gov).

На каком языке вы предпочитаете общаться? ¿Qué idioma prefiere usted?  Английский/Inglés  Испанский/Español  Другой/Оtro (укажите/especifique)

Нужен ли вам переводчик? ¿Necesita un intérprete?  Да/Sí  Нет

Если да, то на какой язык? En caso afirmativo, ¿de qué idioma? \_\_\_\_\_

## Ваша информация

**Расскажите нам о себе:** Нам необходимо собрать о вас некоторую информацию. **Пожалуйста, ознакомьтесь с информацией, напечатанной ниже. Если указанная информация неверна, пожалуйста, зачеркните ее и впишите правильные данные.**

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ прочее):

Домашний адрес (укажите улицу, номер квартиры, город, штат и почтовый код с 4-мя дополнительными цифрами):

Номер телефона:

Школьный округ:

Населенный пункт/подразделение/муниципалитет:

## Подпишите здесь

Когда вы подпишете документ, это будет означать, что вы подаете заявление на получение пособий. Это также означает, что вы разрешаете окружному отделению социальной поддержки использовать указанную здесь информацию для решения вопроса о том, имеете ли вы право на получение таких пособий.

**X** \_\_\_\_\_

Ваша подпись или подпись вашего представителя

Дата

Проставьте галочку ниже, если у вас еще нет медицинских льгот и вы хотели бы подать заявление на получение медицинской страховки для себя и членов вашей семьи:

**Да, я хочу подать заявление на получение медицинской страховки.**

Если вы ответили «да», пожалуйста, перечислите членов домохозяйства, которых вы хотели бы включить в заявление, в том числе себя:


### НЕ ЗАПОЛНЯТЬ — ТОЛЬКО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

WORKER ID	CSLD	RECORD NUMBER	CAT	NAME	APPT DATE/TIME	AM
						PM

**AUTHORIZED**

**NOT AUTHORIZED**

## Заинтересованы ли вы в получении других услуг?

Поставьте галочку в соответствующей ячейке, если вы заинтересованы в получении какой-либо услуги из следующего списка:

<input type="checkbox"/> Дополнительное социальное пособие (Supplemental Security Income, SSI)	<input type="checkbox"/> Детская клиника	<input type="checkbox"/> Услуги для лиц с умственной отсталостью
<input type="checkbox"/> Вакцинация (уколы)	<input type="checkbox"/> Программа LIHEAP (Помощь с энергоносителями)	<input type="checkbox"/> Услуги для ветеранов
<input type="checkbox"/> Программа WIC (услуги для женщин, новорожденных и детей)	<input type="checkbox"/> Банк продовольствия	<input type="checkbox"/> Школьное питание (бесплатное или по сниженной цене)
<input type="checkbox"/> Уход за детьми	<input type="checkbox"/> Программа Lifeline (телефонные услуги по сниженной цене)	<input type="checkbox"/> Содействие в обеспечении жильем
<input type="checkbox"/> Долгосрочный уход (уход в доме престарелых)	<input type="checkbox"/> Услуги для пособий на ребенка	<input type="checkbox"/> Образовательная программа Head Start (для детей от 3 до 6 лет)
<input type="checkbox"/> Планирование семьи/противозачаточные средства	<input type="checkbox"/> Трудоустройство и обучение	<input type="checkbox"/> Профессиональное переобучение
<input type="checkbox"/> Услуги на дому или по месту жительства (альтернативные услуги)	<input type="checkbox"/> Специальные пособия для трудоустройства или обучения (например, инструменты)	
<input type="checkbox"/> Другое: _____		

## Расскажите нам о лицах, проживающих совместно с вами:

Нам необходимо собрать информацию обо всех лицах, проживающих по вашему адресу, даже если эти лица не подадут заявление на получение пособий. Если вы подаете заявление на получение медицинского обслуживания, укажите всех лиц, включенных в вашу федеральную налоговую декларацию, даже если они проживают отдельно от вас. Примечание: для получения пособий вам необязательно подавать налоговую декларацию. Пожалуйста, ознакомьтесь с информацией, напечатанной ниже. Если указанная информация неверна, пожалуйста, зачеркните ее и впишите правильные данные.

### Лицо 1

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за себя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у вас карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Учитесь ли вы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то в каком классе/на каком курсе?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за себя. Если вы подаете заявление только на получение пособий 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 покрытие по программе Medical Assistance, 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 покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход вашей семьи, включая доход вашего(их) родителя(ей). Желаете ли вы, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении вам только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста, опасаетесь ли вы, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для вас угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны вашего(ей) супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому вы проживаете), куда бы вы хотели получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Являетесь ли вы гражданином или подданным США?  Да  Нет

Если вы не являетесь гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:	Находитесь ли вы в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер:	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
	Есть ли у вас спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживаете ли вы в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

### Лицо 2

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <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?	Название учебного заведения:
Укажите 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"/> Другое _____		Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Учитесь ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Укажите степень родства этого лица с вами?  Супруг(а)  Ребенок  Приемный ребенок  В родстве не состоит  Другое \_\_\_\_\_

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий 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 покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 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 он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер:	Тип 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		

### Лицо 3

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального страхования:	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж		Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <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?		Название учебного заведения:	
Укажите 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"/> Другое _____				Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
				Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

**Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий 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 покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 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 он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?
Является ли указанное лицо гражданином или подданным США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

<b>Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:</b>	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип 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		

### Лицо 4

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального страхования:	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж		Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <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?		Название учебного заведения:	
Укажите 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"/> Другое _____				Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
				Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

**Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий 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 покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 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 он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 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 он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
Является ли указанное лицо гражданином или подданным США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

<b>Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:</b>	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип 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		

### Лицо 5

Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального страхования:	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж		Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <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/на каком курсе?		Название учебного заведения:	
Укажите 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"/> Другое _____				Указанное лицо обучается по очной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

**Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий 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 покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 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 он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип 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

### Лицо 6

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	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?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Укажите 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"/> Другое _____			

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий 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 покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 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 он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип 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

### Лицо 7

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	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?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Укажите 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"/> Другое _____			

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий 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 покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 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 он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип 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

### Лицо 8

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	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?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Укажите 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"/> Другое _____			

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий 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 покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
--	--

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 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 он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? <b>Если да</b> , имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

<b>Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:</b>	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	<b>Если да</b> , укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип 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		

### Лицо 9

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	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	<b>Если да</b> , то в каком классе?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Укажите 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"/> Другое _____			

### Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий 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 покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 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 он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? <b>Если да</b> , имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

<b>Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:</b>	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	<b>Если да</b> , укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип 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		

### Лицо 10

Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	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	<b>Если да</b> , то в каком классе/на каком курсе?	Название учебного заведения:	Указанное лицо обучается по очной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Укажите 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"/> Другое _____			

### Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий 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 покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 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 он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? <b>Если да</b> , имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

<b>Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:</b>	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	<b>Если да</b> , укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип 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		

## Другие вопросы

Есть ли беременные? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите кто:	Ожидаемая дата родов?	Сколько детей ожидается?
Является ли кто-либо инвалидом, серьезно больным или нуждающимся в медицинской помощи? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?	Вид инвалидности?	
Был ли кто-нибудь в приемной семье в возрасте 18 лет или старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?	В каком штате?	
Оплачивает ли кто-нибудь услуги по уходу за ребенком или за взрослым человеком с инвалидностью, чтобы иметь возможность ходить на работу, посещать школу или образовательные курсы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какую сумму ежемесячно?	Ежемесячная сумма: \$	Кто получает уход?
Платит ли кто-нибудь за проезд на работу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какую сумму ежемесячно?	Ежемесячная сумма: \$	Каким видом транспорта вы пользуетесь (автобус, поезд, автомобиль, метро)?
<b>Если вы пользуетесь автомобилем:</b>			
Сколько миль вы проезжаете туда и обратно до работы?	Мили:	Сколько дней в неделю?	Дни: Каковы ваши ежемесячные расходы на содержание автомобиля? Ежемесячная сумма: \$

## Налоговая информация

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

Планирует ли какое-либо лицо, указанное в заявлении, подавать федеральную налоговую декларацию в **СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ??**  Да  Нет  
Если да, заполните таблицу ниже.

Укажите имя и фамилию каждого лица, подающего налоговую декларацию. Если налоговая декларация подается совместно, укажите имя супруга(ги) в той же строке.

**Примечание:** иждивенец может указываться только одним лицом, подающим налоговую декларацию. При совместной подаче налоговой декларации указываются иждивенцы только того лица, которое подписывает налоговую декларацию.

Укажите имя каждого лица, которое планирует подавать налоговую декларацию	Будет ли указанное лицо подавать налоговую декларацию совместно с супругом(ой)? Да/Нет	Если да, укажите имя супруга(и)	Будет ли такое лицо указывать иждивенцев в своей налоговой декларации? Да/Нет	Если да, укажите имя(на) иждивенца(ев)

Будет ли кто-нибудь указан в качестве иждивенца в налоговой декларации другого лица?  Да  Нет **Если да, заполните таблицу ниже.**

Укажите имя и фамилию иждивенца и лица, подающего налоговую декларацию, в которой указан этот иждивенец.

**Примечание:** Если такой иждивенец уже был указан выше, вам не нужно заполнять эту таблицу.

Имя иждивенца	Имя лица, подающего налоговую декларацию	Степень родства иждивенца с лицом, подающим налоговую декларацию

## Налоговые вычеты

**Заполните этот раздел, если вы подаете заявление на получение медицинского обслуживания. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно 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 транспорт, амортизацию, зарплату и дополнительные льготы наемных работников и т.д.).

Несет ли кто-либо расходы по: (✓ Отметьте «да»)	Да	Кто несет эти расходы?	Как часто оплачиваются расходы? (Единожды, ежемесячно, ежеквартально, два раза в году, ежегодно)	В какой сумме?
Вычет за проценты по займам на обучение				
Вычет за медицинское страхование самозанятых лиц				
Вычитаемая часть налога на самозанятость				
Вычет за взнос в счет оплаты медицинских расходов				
Другое (Укажите)				





## Медицинское страхование

Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

Есть ли у кого-либо из тех, для кого вы подаете заявление, медицинское страхование?  Да  Нет

Имелось ли у кого-либо из тех, для кого вы подаете заявление, медицинское страхование в течение последних 90 дней?  Да  Нет

Если вы имеете (или имели в течение последних 90 дней) более одного вида медицинского страхования, заполните графу для каждого страхового полиса.

Примечание: если у вас есть несколько страховых полисов, вам необходимо сделать копии страниц и приложить их.

Вид медицинского страхования  Страховка работодателя  Medicare  TRICARE\*  Корпус мира (Peace Corps)  Индивидуальный план  
 Другое \_\_\_\_\_

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

Имя держателя полиса:	Имя:	Фамилия:
Название страховой компании:	Имя:	Фамилия:
Номер страхового полиса:	Имя:	Фамилия:
Наименование группы/номер группы:	Имя:	Фамилия:

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

Является (или являлась) ли эта программа программой с ограниченными льготами (например, полис страхования от несчастных случаев в учебном заведении)?  Да  Нет

Дата начала периода действия страховки?  Дата окончания (в прошлом или будущем) периода действия страховки? (Оставьте графу незаполненной, если вы все еще застрахованы)

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) ли 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

Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

Предлагается ли медицинское страхование по месту работы кому-либо из лиц, указанных в вашем заявлении?  Да  Нет  
Отметьте «Да» и в том случае, если страхование предлагается 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 А: «Медицинское страхование по одному или нескольким местам работы»

Это план страхования государственных служащих?  Да  Нет Является ли это страхованием по программе COBRA?  Да  Нет

Является ли это медицинским страхованием пенсионеров?  Да  Нет

Если вам предложено медицинское страхование по месту работы, обязаны ли вы платить (или платили бы) за него?  Да  Нет

Обязаны ли вы платить (или платили бы) за медицинское страхование своего ребенка/детей?  Да  Нет

Какова стоимость группового медицинского страхования семьи, предлагаемого вашим работодателем?

Какова стоимость медицинского страхования вашего ребенка/детей по программе, предлагаемой вашим работодателем?

## Расходы

Этот раздел для тех, кто подает заявление на получение пособий по программе SNAP.

Пожалуйста, сообщите нам о своих расходах для того, чтобы получить пособие в максимально возможном объеме. В случае необходимости вы обязаны представлять по запросу доказательство своих расходов.

▶ Вы можете в любой момент предоставить нам информацию о расходах домохозяйства, а мы можем запросить у вас подтверждение таких расходов.

Платит ли кто-либо из членов вашего домохозяйства алименты лицу, не проживающему с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Получает ли кто-либо из проживающих с вами лиц помощь 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 какую? _____ Если да, то получаете ли вы помощь в оплате коммунальных услуг? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Включено ли питание в стоимость аренды? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Оплачивает ли кто-либо из лиц, не проживающих с вами, часть ваших расходов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то какие расходы? _____ В какой сумме? _____ Как часто? _____ Кому? _____
Оплачиваете ли вы услуги отопления? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Платите ли вы за центральное кондиционирование или за комнатный 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.	
<input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Водоснабжение <input type="checkbox"/> Вывоз мусора <input type="checkbox"/> Установка инженерных коммуникаций <input type="checkbox"/> Электроэнергия <input type="checkbox"/> Дизельное топливо, уголь, дрова, керосин <input type="checkbox"/> Канализация <input type="checkbox"/> Газоснабжение <input type="checkbox"/> Пропан <input type="checkbox"/> Другое _____	

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

Аренда 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 пособий по программе SNAP.

Вы можете получить повышенное пособие по программе SNAP, если с вами проживает лицо в возрасте от 60 лет или лицо с инвалидностью, и при этом вы можете представить доказательство медицинских расходов.

Отметьте все медицинские расходы, которые оплачиваете лично вы или кто-либо из проживающих с вами лиц:

<input type="checkbox"/> Счета за стоматологические услуги	<input type="checkbox"/> Все расходы (например, стоимость проезда в такси или на общественном транспорте) для поездок к врачам, на медицинские процедуры или в аптеки за лекарствами, отпускаемыми по рецепту.
<input type="checkbox"/> Счета за услуги врачей	<input type="checkbox"/> Сиделки (люди, оказывающие помощь при прохождении лечения у вас дома).
<input type="checkbox"/> Счета за лечение в больнице	<input type="checkbox"/> Предметы и расходные материалы медицинского назначения (например, очки, слуховые аппараты, подгузники для взрослых).
<input type="checkbox"/> Медицинское страхование или взносы по программе Medicare	<input type="checkbox"/> Лекарства, отпускаемые по рецепту
<input type="checkbox"/> Медицинское оборудование	
<input type="checkbox"/> Другое:	

▶ Если вы не укажете какие-либо из расходов семьи или не представите их доказательства (если оно требуется), это будет рассматриваться как то, что вы не желаете получить вычет за эти расходы.

## Отсутствующие родственники

Этот раздел предназначен для тех, кто подает заявление на получение денежных пособий.

Если кто-либо подает заявление за ребенка, родители которого не проживают вместе с вами, или если у кого-либо из подающих заявление 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 рожден 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 о передаче этого ребенка на усыновление (удочерение), проставьте галочку в этой графе:

Имя лица, родственник которого отсутствует:	Имя отсутствующего родственника:	Отсутствующий родственник является:
		<input type="checkbox"/> Родителем <input type="checkbox"/> Супругом(ой)
Имя лица, родственник которого отсутствует:	Имя отсутствующего родственника:	Отсутствующий родственник является:
		<input type="checkbox"/> Родителем <input type="checkbox"/> Супругом(ой)
Имя лица, родственник которого отсутствует:	Имя отсутствующего родственника:	Отсутствующий родственник является:
		<input type="checkbox"/> Родителем <input type="checkbox"/> Супругом(ой)

Если вы подаете заявление на получение денежного пособия, вы обязаны указать имена и фамилии родителей всех несовершеннолетних детей и помочь Отделению семейных отношений (Domestic Relations Section, DRS) получить алименты, предоставив необходимую информацию, если у вас нет уважительных причин для обратного. Если вы не оказываете DRS должного содействия путем предоставления информации и не имеете уважительных причин для отказа от такого содействия, сумма вашего утвержденного денежного пособия будет уменьшена, как минимум, на 25%.

В случае утверждения денежного пособия, вы обязаны предоставить Департаменту 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 на ребенка, которому оказывается денежная помощь, платятся алименты, семья может получать некоторую сумму алиментов в дополнение к денежной помощи.

## Запрос о наличии криминальной истории

Если вы подаете заявление только на получение медицинского страхования, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

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

Получал 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 либо административные правонарушения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Выполняет ли кто-либо программу оплаты штрафов и расходов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Находится ли кто-либо на испытательном сроке или освобожден досрочно?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Есть ли лица на испытательном сроке или условно-досрочном освобождении, которые не выполняют требования?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Был ли кто-либо признан виновным за мошенничество с социальными пособиями?	<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?
Обязан ли кто-то зарегистрироваться в реестре лиц, совершивших преступления на сексуальной почве?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Есть ли кто-то, кто обязан зарегистрироваться в реестре лиц, совершивших преступления на сексуальной почве, однако не выполняет требования о регистрации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?

## Регистрация для голосования (Необязательно): Настоящий раздел предназначен только для граждан США

Желаете ли вы подать сегодня заявление на регистрацию для голосования, если вы еще не зарегистрировались для голосования по месту жительства?  Да  Нет  
ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТМЕТИЛИ НИ ОДНУ ИЗ ЯЧЕЕК, СЧИТАЕТСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ ГОЛОСОВАНИЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ.

### Для участия в регистрации:

- 1) В день следующих выборов вам должно быть не менее 18 лет;
- 2) Вы должны получить гражданство США, как минимум, за один месяц ДО СЛЕДУЮЩИХ ВЫБОРОВ;
- 3) Вы должны проживать в штате Пенсильвания и в округе для голосования, как минимум, в течение 30 дней до следующих выборов.

Подача заявления на регистрацию для голосования или отказ от подачи этого заявления не повлияют на сумму помощи, предоставленной вам управлением.

Мы можем помочь, если вам необходима помощь в заполнении формы заявления на регистрацию для голосования. Вы самостоятельно решаете, стоит ли вам обращаться за помощью или принимать ее. Вы можете заполнить форму заявления самостоятельно. Если вам нужна помощь, обратитесь в окружное отделение социальной поддержки.

Если вы полагаете, 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. (Телефон бесплатной «горячей» линии 1-877-VOTESPA).

ЭТО ПОЛЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ОСНОВЕ ВАШИХ ОТВЕТОВ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ ВЫШЕ / COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

<input type="checkbox"/> Given to Client ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration ___/___/___	<input type="checkbox"/> Mailed to Client ___/___/___
<input type="checkbox"/> Declined, not interested ___/___/___	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen ___/___/___	<input type="checkbox"/> Declined, already registered ___/___/___

# Ваши права и обязанности Ознакомьтесь со своими правами и обязанностями:

## ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

В данном учреждении запрещена дискриминация на основе расы, цвета кожи, этнического происхождения, наличия инвалидности, возраста, пола, и в некоторых случаях, религиозных и политических взглядов.

Министерство сельского хозяйства США также запрещает дискриминацию на основе расы, цвета кожи, этнического происхождения, пола, религиозных убеждений, наличия инвалидности, возраста, политических взглядов, а также запрещены ответные меры или преследование за предшествующую деятельность в области гражданских прав в рамках какой-либо программы или деятельности, проводимой или финансируемой Министерством сельского хозяйства США (USDA).

Лица с нетрудоспособностью, нуждающиеся в альтернативных способах передачи информации о программе (например, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в формате аудиозаписи, при помощи американского языка жестов и т.д.) должны связаться с организацией (государственной или местной), в которую они подавали заявление на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, слабослышащие или имеющие нарушения речи, могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через федеральную службу коммутируемых сообщений по номеру (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках, кроме английского. Для подачи жалобы на дискриминацию в рамках программы заполните форму USDA для подачи жалобы на дискриминацию в программе (AD-3027), размещенную онлайн по адресу: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), и имеющуюся в любом управлении USDA, либо напишите письмо на адрес USDA и направьте в нем все данные, запрашиваемые в форме. Для направления запроса на получение копии формы подачи жалобы позвоните по номеру (866) 632-9992. Направьте заполненную вами форму или письмо в USDA одним из способов:

- (1) почта: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Факс: (202) 690-7442;
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

По поводу каких-либо других данных касательно программы дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) следует связываться с горячей линией USDA по программе SNAP по номеру (800) 221-5689, также доступной на испанском языке, или обращаться по номерам справочных служб/горячих линий штата (нажмите ссылку, чтобы получить перечень номеров горячих линий от штата), размещенных онлайн по адресу: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, финансируемой федеральными средствами через Департамент здравоохранения и социального обслуживания (Health and Human Services, HHS) США, обратитесь по следующему данным: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, либо позвоните по номеру (202) 619-0403 (голосовая связь) или (800) 537-7697 (телефакс).

Данное учреждение предоставляет равные возможности.

## ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы будем соблюдать конфиденциальность ваших данных. Они будут использоваться только для принятия решения о наличии у вас прав на участие в программах. Бюро социального обслуживания (county assistance office, CAO) в случае направления ему запроса должно предоставлять правоохранительным органам федерального, местного уровня и уровня штата адрес, номер социального страхования (Social Security number, SSN) и фотографию (при наличии) лица, скрывающегося от ответственности, ареста или заключения ввиду совершения преступления, нарушившего условия испытательного срока или досрочного условного освобождения. Какое-либо лицо, в отношении которого известно о нарушении каких-либо правил и регламентов данного департамента, должно понести ответственность за мелкое правонарушение; после вынесения приговора оно должно понести наказание в виде уплаты штрафа, не превышающего сумму в сто (100) долларов США, либо быть подвергнуто тюремному заключению, не превышающему срок в шесть месяцев, либо должны быть применены оба варианта наказания (раздел 62 Свода нормативных правовых актов штата Пенсильвания, статья 483).

## ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПИСЬМЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Мы направим вам письменное уведомление с разъяснением вашего пособия. В случае отказа, изменения в пособии, его приостановки или прекращения начисления мы направим вам письменное разъяснение причины. Вам дается 30 дней (90 дней в случае пособия по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP)) с даты направления уведомления на направление запроса на проведение слушания.

## ПРАВО НА ПОДАЧУ АПЕЛЛЯЦИИ

У вас есть право запрашивать у Департамента социального обслуживания (Department of Human Services, DHS) слушание по апелляции на решение в случае вашей уверенности в его несправедливости или некорректности, либо в случае, если Департамент DHS не предпринимает действий по вашему заявлению на получение пособия. Вы можете подать апелляцию в Бюро социальной помощи. При подаче апелляции вы также можете запросить проведение конференции в организации до слушания. Если ваша апелляция включает ускоренное рассмотрение заявления на выделение пособия по программе SNAP, у вас есть право на проведение таковой конференции с участием супервайзера в течение двух рабочих дней. В ходе слушания вы можете представлять собственные интересы самостоятельно, либо вас может представлять какое-либо другое лицо, к примеру, адвокат, друг или родственник.

## ПРАВО НА ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ

В случае подачи вами заявления на выделение финансового пособия или пособия по оплате медицинской помощи законодательство требует от вас сотрудничать в установлении отцовства и обращении за помощью. Вы можете быть исключены из действия таких требований в случае, если вы подтвердите, что это может быть опасно для вас/и/или для ваших детей. Это известно как уважительная причина. За исключением установления исключения ввиду уважительной причины, вам потребуется соответствовать требованиям к трудоустройству и прохождению обучения. От вас также требуется соответствовать требованиям к предоставлению полугодовой отчетности, за исключением случаев действия исключения ввиду уважительной причины.

## ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СЕРТИФИКАТА ДОСТОВЕРНОСТИ ПОКРЫТИЯ

Федеральное законодательство ограничивает случаи возможного отказа в предоставлении покрытия медицинского страхования или его ограничения до ранее наблюдавшегося состояния. Если вы будете включены в групповой план медицинского обслуживания, исключающий лечение состояния, уже у вас наблюдающегося, вам может быть зачтено то время, в течение которого вы получали покрытие по программе оплаты медицинской помощи. Это может помочь вам получить покрытие. Свяжитесь со своим социальным работником для направления запроса на такой сертификат.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Вы должны предоставлять правдивую, правильную и полную информацию. Вы должны оказывать помощь в подтверждении предоставленной вами информации. В выделении пособия может быть отказано в случае вашей неспособности предоставить определенное подтверждение. Если вы не можете предоставить подтверждение, вам следует обратиться в CAO за помощью в его получении. Если с вами свяжется Департамент DHS или Управление главного государственного инспектора, вы в полном объеме должны сотрудничать с такими лицами или расследователями. Если вы достигли возраста 55 лет и старше, и получаете пособие по оплате медицинской помощи в целях оплаты услуг учреждения сестринского ухода, услуги на дому и по месту жительства на основании освобождения от действия требований, и какие-либо услуги, связанные с пребыванием в больнице и назначением рецептурных препаратов, от вас может потребоваться возместить стоимость таких услуг из стоимости завещанного имущества. Если вы подаете заявление на получение финансовой помощи, мы можем потребовать от вас подписания соглашения о возмещении пособия, полученного вами, вашим(-ей) супругом(-ой) и вашими детьми.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения финансовой помощи, пособия по оплате медицинского обслуживания и/или пособия по программе SNAP вы должны предоставить номер SSN для каждого лица, в отношении которого вы подаете заявление. Если у вас нет номера SSN, вам следует подать заявление на его получение. Отсутствие предоставленного номера SSN может привести к невозможности получить пособие. В отношении финансовой помощи и пособия по оплате медицинского обслуживания мы можем запросить номер SSN в отношении любого лица, чей доход или его источники могут влиять на наличие у вас прав или на размер пособия. Предоставленный номер SSN будет использоваться для подтверждения личности, для определения соответствия при помощи компьютерных технологий в целях подтверждения размера дохода и его источников, и в целях предотвращения одновременного получения пособий на федеральном уровне и на уровне штата. Предоставить номер SSN не требуется только лицу, не имеющему гражданства США, подающему заявление на получение пособия по оплате медицинской помощи при неотложных состояниях.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЗАКОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРТЫ PA ACCESS

После определения наличия у вас прав на пособие вам будет выдана карта PA ACCESS. Эта карта может использоваться только в отношении лица, отвечающего требованиям, и только в течение периода наличия прав. Вы можете использовать карту только для получения обоснованно необходимых услуг.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Если вы отвечаете требованиям к получению пособия, от вас потребуются сообщать об изменениях в ваших обстоятельствах своему социальному работнику или в Центр обслуживания клиентов. Типы изменений, о которых требуется сообщать, включают заселение людей в дом или выселение из него, новый адрес, новая работа кого-либо из членов домохозяйства, потеря работы кем-либо, рождение ребенка, новые источники дохода или изменения в его размере, выигрыши в лотерею и азартные игры. Ваш социальный работник и получаемые вами уведомления будут подробно информировать о деталях, исходя из особенностей программ и пособия, на получение которого вы имеете право. Отсутствие предоставленных требуемых данных об изменениях в рамках указаний программы может привести к потере пособия, применению ограничительных мер, обвинению в совершении административного или уголовного правонарушения. Вы можете сообщать об изменениях в Бюро социальной помощи лично, по телефону, факсу, по почте или при помощи учетной записи в системе MyCOMPASS. Вы также можете сообщать об изменениях в любое время в Центр обслуживания клиентов по номеру 1-877-395-8930, в Филадельфии — по номеру 1-215-560-7226.

## ПОЛОЖЕНИЕ О ПРОВЕРКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

(i) Разрешение на сбор данной информации, включая номер социального страхования (SSN) каждого из членов домохозяйства, выдается согласно Закону об обеспечении продуктами и продовольствием от 2008 г., с уточнениями, раздел 7 Свода законов США, 2011-2036d. Информация будет использоваться для определения наличия у вашего домохозяйства прав или их сохранения за вами, в целях участия в программе SNAP. Мы проверим данную информацию с применением программного обеспечения по поиску соответствий. Данная информация также будет использоваться для отслеживания исполнения регламентов программы и ее сопровождения.

(ii) Данная информация может быть раскрыта другим федеральным и государственным организациям для официального исследования, а также правоохранительным органам в целях задержания лиц, скрывающихся от исполнения требований закона.

(iii) В случае подачи иска от программы SNAP против вашего домохозяйства информация в данном заявлении, включая все номера SSN, может быть направлена всем федеральным и государственным организациям, а также организациям по взысканию частных исков, в целях применения мер взыскания.

(iv) Предоставление запрашиваемой информации, включая номер SSN каждого из членов домохозяйства, является добровольным. Однако отсутствие предоставленного номера SSN приведет к отказу от выделения пособия по программе SNAP каждому из лиц, не предоставивших таковой номер. Какой-либо предоставленный номер SSN будет использоваться и раскрываться тем же образом, что и номера SSN членов домохозяйства, отвечающих требованиям.

# Ограничения и штрафы Ознакомьтесь с информацией о своих обязанностях:

ЕСЛИ ЭТО ПРОИСХОДИТ БЕЗ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ		МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ СЛЕДУЮЩЕЕ (ВЗЫСКАНИЕ)
<b>ВСЕ ЛЬГОТЫ ПРОГРАММА SNAP ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ</b>	Неправомерное пользование Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PA ACCESS.	Штраф, тюремное заключение или то, и другое.
	Сокрытие изменений, о которых вы обязаны сообщать.	Сокращение объема или прекращение начисления льгот.
	Умышленная дача ложной, неверной или неполной информации либо сокрытие изменений.	Штраф, лишение права на получение льгот и/или тюремное заключение за мошеннические действия с социальными пособиями, а также лишение права на административное слушание.  Лишение права на получение денежной помощи: <ul style="list-style-type: none"> <li>В первый раз — на 6 месяцев.</li> <li>Во второй раз — на 12 месяцев.</li> <li>В третий раз — навсегда.</li> </ul> Лишение права на получение пособий по программе SNAP: <ul style="list-style-type: none"> <li>В первый раз — на 12 месяцев.</li> <li>Во второй раз — на 24 месяца.</li> <li>В третий раз — навсегда.</li> </ul>
	Торговля своей карточкой ACCESS, продажа карточки или попытка торговать ею, а также продажа, покупка или использование карточки ACCESS другого лица.	Лишение права на участие в программе: <ul style="list-style-type: none"> <li>За любое осуждение судом — на 12 месяцев.</li> </ul>
<b>ПРОГРАММА SNAP</b>	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 права на участие в программе: <ul style="list-style-type: none"> <li>В первый раз — на 12 месяцев.</li> <li>Во второй раз — на 24 месяца.</li> <li>В третий раз — навсегда.</li> </ul> При первом признании судом виновным в нецелевом использовании льгот на сумму от 500 долларов США — 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.	Лишение права на участие в программе: <ul style="list-style-type: none"> <li>В первый раз — на 24 месяцев.</li> <li>Во второй раз — навсегда.</li> </ul>
	Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки наркотиков или контролируемых препаратов.	
	Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.	В первый раз — лишение права на участие в программе навсегда.
	Признание судом виновности в покупке или продаже льгот по программе SNAP либо торговле ими на общую сумму от 500 долларов США.	Лишение права на участие в программе навсегда.
	Представление ложной информации о себе и своем месте проживания для получения льгот по программе SNAP в нескольких местах.	Лишение права на получение помощи на 10 лет.
Уклонение от судебного преследования, взятия под стражу/тюремного заключения за совершение преступления или попытку его совершения, а также бегство в связи с нарушением условий испытательного срока или условно-досрочного освобождения.	Лишение права на получение помощи до выполнения всех действий, предусмотренных законом.	
<b>ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ</b>	Невыполнение условий взыскания, наложенного судом, включая взыскание штрафов за мелкое правонарушение или преступление.	Лишение права на получение помощи до выполнения условий наложенного на вас взыскания
	Предоставление ложной информации о месте своего проживания для получения денежных средств в двух или более штатах.	Лишение права на получение помощи на 10 лет.
	Уклонение от судебного преследования, взятия под стражу или тюремного заключения за совершение преступления или попытку его совершения; неявка в суд по уголовным делам в качестве обвиняемого в совершении мелкого правонарушения или преступления при получении повестки или ордера; бегство в связи с нарушением условий испытательного срока или условно-досрочного освобождения; или если в отношении вас был выдан какой-либо действующий ордер.	Лишение права на получение помощи до выполнения всех действий, предусмотренных законом.
<b>Если вы признаны виновным в мошенничестве или нарушении следующих правил:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Штраф размером до 250 000 долларов США для программы SNAP или до 15 000 долларов США для программы денежной помощи.</li> <li>Тюремное заключение сроком до 20 лет для программы SNAP или до семи лет для программы денежной помощи; и/или</li> <li>Возмещение полученных льгот.</li> <li>Лишение права на получение льгот на срок, указанный выше для соответствующих программ.</li> </ul>
<b>ТРЕБОВАНИЯ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ SNAP</b>	Для членов домохозяйства в возрасте от 15 до 60 лет, не имеющих физических или умственных ограничений, и не имеющих иных причин для освобождения от выполнения этого требования.	Лишение права на участие в программе: <ul style="list-style-type: none"> <li>В первый раз — на один месяц и до выполнения вами необходимых условий.</li> <li>Во второй раз — на три месяца и до выполнения вами необходимых условий.</li> <li>В третий и последующий разы — на шесть месяцев и до выполнения вами необходимых условий.</li> </ul>
	Отказ: <ul style="list-style-type: none"> <li>Принять предложение о приеме на работу.</li> <li>Сообщить в окружное отделение социальной поддержки (CAO) о положении дел с вашим трудоустройством и наличием работы.</li> </ul> Преднамеренное: <ul style="list-style-type: none"> <li>Увольнение с работы.</li> <li>Сокращение количества рабочих часов до менее чем 30 часов в неделю (за исключением тех случаев, когда требование о трудоустройстве выполнено за счет другого места работы).</li> </ul>	
<b>ТРЕБОВАНИЯ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ</b>	Преднамеренное невыполнение требований по трудоустройству, прописанных в Соглашении о взаимных обязательствах (Agreement of Mutual Responsibility, AMR).	Лишение права на участие в программе: <ul style="list-style-type: none"> <li>Нарушение правил программы в первый раз — лишение права на получение помощи на срок не менее 30 дней либо до момента устранения нарушения, в зависимости от того, какой срок истекает позднее.</li> <li>Нарушение правил программы во второй раз — лишение права на получение помощи на срок не менее 60 дней либо до момента устранения нарушения, в зависимости от того, какой срок истекает позднее.</li> <li>Нарушение правил программы в третий раз — лишение права на получение помощи навсегда.</li> </ul> Если причина для наложения штрафных санкций возникает в течение первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи, как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются только на конкретное лицо.  Если причина для наложения штрафных санкций возникает по прошествии первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи, как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются на всю семью.

# Понимание ваших прав и обязанностей

## При подписании данной формы:

- Я понимаю, что для подтверждения предоставленной мной информации штат Пенсильвания получает данные от системы подтверждения наличия прав в отношении дохода (Income Eligibility Verification System, IEVS), финансовых учреждений, организаций по предоставлению отчетности о потребителях, организаций на уровне штата и федеральном уровне. Информация, доступная в системе IEVS и от других учреждений, будет запрашиваться, использоваться и может подтверждаться путем дополнительных контактов при обнаружении государственной организацией противоречивых сведений, и такая информация может повлиять на наличие прав у моего домохозяйства и на уровень пособия.
- Я понимаю, что, подписывая данное заявление, я предоставляю какому-либо финансовому учреждению право на раскрытие, электронным или иным способом, всей возможной финансовой информации, находящейся в распоряжении такого учреждения, Департаменту социального обслуживания, его уполномоченному агенту или подрядчику, в целях определения и подтверждения источников дохода (такие как денежные «активы») при необходимости определения и повторного определения наличия прав на пособие по оплате медицинской помощи. Я понимаю, что финансовая информация включает депозиты, списания, закрытие счетов и другие связанные данные, запрашиваемые или полученные от финансовой организации, включая другие транзакции, предпринятые финансовым учреждением в отношении счета или актива. Я понимаю, что данное предоставление прав действует до момента отказа в соответствии с требованиями программы по оплате медицинской помощи или окончания действия этого соответствия, либо до момента принятия мной решения по его отзыву путем письменного оповещения Департамента, в зависимости от того, какое событие наступит первым. Я понимаю, что в случае отзыва мной данного предоставления прав это может привести к отсутствию у меня или моего домохозяйства права на получение пособия по оплате медицинской помощи.
- Я понимаю, что в случае, если я искажу, скрою факты, способные повлиять на наличие у меня прав на пособие, или умолчу о них, от меня может потребоваться возместить сумму пособия, я могу понести наказание и потерять возможность получения некоторых пособий в дальнейшем.
- Я понимаю, что могу назначить уполномоченного представителя, заполнив раздел об уполномоченном представителе и направив его вместе с данным заявлением.
- Я понимаю и соглашаюсь с тем, что несут ответственность за какие-либо фальсифицированные утверждения, совершенные в рамках данного заявления, даже в случае направления заявления кем-либо, действующим от моего имени.
- Я понимаю, что какое-либо лицо, обогатившееся в результате передачи активов или дохода, что могло повлиять на наличие у меня прав на получение долгосрочного обслуживания, услуг на дому и по месту жительства, будет нести ответственность за возмещение такого пособия, выделенного несоответствующим образом.
- Я получил(-а) копию документа о моих правах и обязанностях, ознакомился(-лась) с ним и/или кто-либо прочел их для меня, и я понимаю их.
- Я понимаю, что Департамент социального обслуживания или уполномоченные им лица могут связываться со мной различными способами, включая электронную почту и направление текстовых сообщений в целях обработки моего заявления или запроса на отклик по процессу подачи заявления. В случае моего нежелания получать электронные письма или текстовые сообщения я понимаю, что Департамент социального обслуживания в любом случае обрабатывает мое заявление.
- Я понимаю, что информация, внесенная в данное заявление, будет оставаться конфиденциальной и использоваться только в целях выделения пособия. Я даю право на разглашение личной, финансовой и медицинской информации в целях определения соответствия требованиям.
- Я понимаю, что о каких-либо изменениях, о которых мне требуется сообщать, следует оповещать в течение первых 10 дней месяца, следующего за месяцем наступления изменения; в случае программ долгосрочного обслуживания и услуг на дому и по месту жительства, в течение 10 дней с даты наступления изменения.
- Я понимаю, что мое домохозяйство может потерять пособие по программе SNAP в случае получения членом домохозяйства выигрыша в лотерею или азартных игр, равного установленному программой SNAP предельному значению дохода для домохозяйств, включающих пенсионеров и лиц с нетрудоспособностью, или превышающего такое значение.
- Я понимаю, что я получу письменное уведомление с разъяснением о составе пособия. Если в выделении пособия будет отказано, его характер будет изменен, его начисление приостановлено или прекращено, в письменном уведомлении будет разъясняться причина.
- Я понимаю, что согласно 30 днями (30 днями) в отношении пособия по программе SNAP (продуктовые талоны) сдать уведомление для направления запроса на слушание в случае моего несогласия с решением, принятым по данному заявлению.
- Я понимаю, что мое положение подлежит подтверждению от работодателей, финансовых источников данных и других третьих сторон.
- Я понимаю, что заявители должны предоставлять свой номер социального страхования или подавать на его получение, если они им не располагают. Такие номера могут использоваться для проверки информации по данному заявлению.
- Я понимаю, что я должен(-на) использовать карту электронного начисления пособия (Electronic Benefit Transfer, EBT) или карту PAACCESS только в течение периода моего соответствия требованиям. Я должен(-на) использовать карту EBT или PAACCESS только в отношении лица, имеющего права на получение пособия, и могу получать только необходимую и обоснованную разновидность пособия.
- Я понимаю, что не могу использовать средства, полученные в рамках финансовой помощи, направленные на мою карту PAACCESS, для совершения транзакций с карты EBT в магазинах по продаже алкоголя, казино (учреждениях для азартных игр, игровых учреждениях) или заведениях развлечений для взрослых.
- Я понимаю, что я не должен(-на) предоставлять номер социального страхования в отношении лица, не подающего заявления на получение пособия. Если я представлю номер социального страхования такого лица, он может использоваться для проверки информации по данному заявлению. Указание его/ее номера социального страхования может увеличить размер моего пособия и сократить время, необходимое для его выделения.

- Под страхом наказания за предоставление ложных сведений я удостоверяю, что вся указанная информация правдива.
- Я понимаю, что у меня есть право на получение сертификата подтверждения покрытия для подтверждения наличия медицинского страхования. Федеральное законодательство ограничивает случаи возможного отказа в предоставлении покрытия по программе оплаты медицинской помощи или ограничения его действия ранее наблюдавшимся состоянием. Если я буду включен(-а) в групповой план медицинского обслуживания, содержащий положение о лечении состоянии, уже у меня наблюдающегося, мне может быть затето то время, в течение которого я получаю(-а) покрытие по программе оплаты медицинской помощи.
- Я понимаю, что в случае определения моего соответствия требованиям к получению пособия по оплате медицинской помощи мне будет выделен наиболее полноценный пакет пособия по оплате медицинских услуг, доступный мне. Я понимаю, что от меня может потребоваться регистрация в плане медицинского обслуживания. Я понимаю, что регистрация в плане медицинского обслуживания может быть для меня бесплатной или предоставляться по сниженной стоимости, поскольку Департамент уплачивает ежемесячный взнос в план медицинского обслуживания от моего имени. Я понимаю, что ежемесячный взнос является подушным взносом. Я понимаю, что в случае получения мной пособия по оплате медицинской помощи при отсутствии у меня прав ввиду ошибки, мошенничества или какой-либо другой причины, от меня может потребоваться возместить Департаменту все ежемесячные взносы, уплаченные от моего имени.
- Я понимаю, что в случае моего соответствия требованиям более чем одной категории пособия по оплате медицинской помощи мне будет присвоена наиболее благоприятная для меня категория. Я понимаю, что у меня есть право выбора категории пособия по оплате медицинской помощи, которое я буду получать, и что я могу запросить смену на другую категорию в случае наличия у меня прав в отношении нее.
- Я понимаю, что в отношении меня может быть определено соответствие требованиям к получению пособия по оплате медицинской помощи с ежемесячной уплатой страховых взносов.
- В ходе получения мной финансовой помощи я буду соблюдать требования программы взаимия платежей в пользу содержания ребенка согласно указаниям Департамента. Я предоставляю Департаменту и отделу по вопросам семейных отношений право на обеспечение получения и взаимия денежных средств и/или медицинского обслуживания для меня и других лиц, от имени которых я подаю заявление.
- Я понимаю, что в случае сообщения мной о расходах домохозяйства или предъявления к подтверждению я получаю максимальный допустимый размер пособия по программе SNAP (продуктовые талоны). Отсутствие сообщения с моей стороны или предоставления подтверждения расходов домохозяйства будет рассматриваться в качестве моего заявления как нежелания получать вычет за расходы, о которых не сообщалось или в отношении которых не было предоставлено подтверждения. (Президент Министрство сельского хозяйства США, Служба обеспечения питанием и продовольствием, Среднеатлантический регион, административное уведомление 6-99, направлено 4 января 1999 г. (United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Mid-Atlantic Region, Administrative Notice 6-99, issued January 4, 1999)).
- Я понимаю, что у меня есть право на зачисление расходов домохозяйства в момент моего сообщения им и предоставления их подтверждения в любое время в течение периода моего соответствия требованиям программы SNAP (продуктовые талоны).
- Я понимаю, что у меня есть право запросить у Бюро социальной помощи (CAO) содействие в получении подтверждения расходов, и что CAO может связываться с другими лицами в целях подтверждения моих сложностей с получением каких-либо подтверждений.
- Я понимаю, что в случае несоответствия всех или некоторых из лиц, подающих заявление, требованиям к получению пособия по оплате медицинской помощи, они могут иметь право на участие в программе CHIP.
- Я понимаю, что в случае несоответствия всех или некоторых из лиц, подающих заявление, требованиям программы по оплате медицинской помощи, предоставляемой посредством Департамента, у них может быть право на получение пособий на федеральном уровне и/или они могут изучить варианты медицинского обслуживания от частных компаний при помощи платформы медицинского страхования в штате Пенсильвания (Pennie). В таком случае я предоставляю Департаменту право передавать мое имя и данные по такому заявлению платформе Pennie.
- **Продление действия покрытия в последующие годы:** Для облегчения определения моего соответствия требованиям в целях оплаты медицинского страхования в последующие годы я выражаю согласие с тем, чтобы разрешить платформе медицинского страхования в штате Пенсильвания (Pennie) использовать данные о моем доходе, включая информацию из налоговых деклараций. Платформа Pennie направит уведомление с возможностью внести какие-либо изменения, и я могу отказаться от этого в любое время.

Да, продолжать действие моего соответствия требованиям на последующие: (выберите один вариант)

- Пять лет (максимально возможное количество лет)
- Четыре года
- Три года
- Два года
- Один год
- Не использовать данные из налоговых деклараций для продления действия моего покрытия.

## Поставьте подпись здесь:

<b>X</b>		
	Подпись заявителя или уполномоченного представителя	Дата

**ВАЖНО:** Если ваше домохозяйство отвечает требованиям программ SNAP/LINEAR, вы можете получить по почте форму согласия Fast Track, что позволит вам и членам вашего домохозяйства автоматически принять участие в программе выделения пособия по оплате медицинской помощи.

Имя уполномоченного представителя	Адрес уполномоченного представителя	Номер телефона

<b>ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЮРО СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ</b>	Я разъяснил(-а) заявителю его/ее права и обязанности.	
	Подпись представителя CAO	Дата

**ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОДПИШИТЕ ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, ПОСТАВЬТЕ ДАТУ И ПРИЛОЖИТЕ НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ**

# Медицинское страхование, предоставляемое работодателем(и)


Приложение А

## Сообщите нам, если работодатель предоставляет вам медицинское

**страхование.** Вы НЕ ОБЯЗАНЫ отвечать на вопросы. Раздел заполняется только в том случае, если кто-либо из проживающих с вами лиц имеет право на получение медицинского страхования на работе. **Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно заполнять этот раздел.**

Укажите свои имя, фамилию и номер социального страхования в разделе информации о наемном работнике. Возможно, вам потребуется обратиться к своему работодателю для содействия при заполнении раздела о работодателях. Если вы не можете своевременно получить информацию от своего работодателя или полагаете, что заполнение этой формы приведет к задержке начала рассмотрения вашего заявления, вы можете подать заявление без Приложения А.

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

ИНФОРМАЦИЯ о сотруднике		
Полное имя сотрудника (имя, второе имя, фамилия):		Номер социального страхования:
ИНФОРМАЦИЯ о работодателе		
Наименование работодателя:		Идентификационный номер работодателя (EIN):
Адрес работодателя (укажите улицу, номер дома, город, штат и почтовый код с 4-мядополнительными цифрами):		Номер телефона работодателя: (        )
К кому мы можем обращаться с вопросами о медицинском страховании наемного работника, предоставляемого этим работодателем? 	Номер телефона (если отличается от указанного выше): (        )	Адрес электронной почты:
<b>Имеет ли наемный работник в настоящее время право на получение медицинского страхования, предоставляемого работодателем, или получит ли он/она это право в течение следующих трех месяцев?</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Да</b> (продолжайте) _ Если наемный работник не имеет право на получение медицинского страхования в настоящее время, в том числе потому, что еще не закончился период ожидания или испытательный срок, когда наемный работник получит это право? _____		
<input type="checkbox"/> <b>Нет</b> (НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ форму и верните ее сотруднику)		
Расскажите о <b>программе медицинского страхования</b> , предоставляемой этим <b>работодателем</b> .		<input type="checkbox"/> Да. На кого именно: <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Иждивенец(ы)
Предоставляет ли работодатель программу медицинского страхования, распространяющуюся на супругов или иждивенцев наемного работника?		<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)
сотруднику)		<input type="checkbox"/> Нет (НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ форму и верните ее
Укажите для самых дешевых программ, отвечающих стандарту минимальной ценности* и покрывающих <b>только сотрудника</b> (не учитывайте программы, покрывающие 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 бы он/она получил максимальную скидку за участие в программах прекращения курения и не получил бы никаких других скидок по программе оздоровления.		
Какую сумму должен был бы вносить сотрудник за оплату страховых взносов по этой программе?		\$ _____
С какой периодичностью?		
<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 условия предлагаемой программы медицинского страхования изменятся, переходите к следующему вопросу. Если вам это неизвестно, НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ форму и верните ее наемному работнику.		
Какие изменения внесет работодатель в программу в следующем году?		
<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 по программам оздоровления. См. предыдущие вопросы).		
Какую сумму должен был бы вносить наемный работник за оплату страховых взносов по этой программе?		\$ _____
С какой периодичностью?		
<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 оплату допустимых льгот составляет не менее 60% от этих расходов (см. Раздел 36B(C)(2)(C)(ii) Кодекса о внутреннем налоговом управлении США (Internal Revenue Code) от 1986 года).



Pennsylvania  
**Department of Human Services**

Департамент социального обеспечения (DHS) штата Пенсильвания соблюдает федеральные законы в области гражданских прав и не допускает дискриминации на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, возраста, состояния здоровья или пола. DHS не исключает людей из программ и не меняет своего отношения к ним в связи с их расовой принадлежностью, цветом кожи, национальностью, возрастом, состоянием здоровья, вероисповеданием, религиозной принадлежностью, происхождением, полом, гендерной идентичностью, гендерным самовыражением или сексуальной ориентацией.

### **DHS ПРЕДОСТАВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ УСЛУГИ:**

- Бесплатная поддержка и услуги для людей с инвалидностью, которые позволяют наладить эффективную коммуникацию, в частности:
  - Услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - Письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, удобные электронные форматы или другие форматы)
- Бесплатные услуги перевода для лиц, для которых английский язык не является родным, например:
  - Услуги квалифицированных переводчиков
  - Информация в письменном виде на разных языках

Если вам требуются эти услуги, обратитесь в местное окружное управление социальной поддержки.

Если вы считаете, что DHS не предоставил вам эти услуги либо иным образом подверг вас дискриминации на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, возраста, состояния здоровья или пола, вы можете подать жалобу по следующему адресу: The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, телефон: (717) 787-1127, служба коммутируемых сообщений штата Пенсильвания (PA Relay Services): 711, факс: (717) 772-4366, электронная почта: [RA-PWBEOAO@pa.gov](mailto:RA-PWBEOAO@pa.gov). Вы можете подать жалобу лично, в почтовом отправлении, по факсу или по электронной почте. Если вам требуется помощь при подаче жалобы, Бюро по обеспечению равных возможностей (Bureau of Equal Opportunity) окажет вам необходимое содействие.

Вы также можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США в электронной форме через портал Управления по гражданским правам для подачи жалоб по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, либо по почте или по 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)

Формы жалоб можно найти по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Ваши права и обязанности Ознакомьтесь со своими правами и обязанностями:

## ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

В данном учреждении запрещена дискриминация на основе расы, цвета кожи, этнического происхождения, наличия инвалидности, возраста, пола, и в некоторых случаях, религиозных и политических взглядов.

Министерство сельского хозяйства США также запрещает дискриминацию на основе расы, цвета кожи, этнического происхождения, пола, религиозных убеждений, наличия инвалидности, возраста, политических взглядов, а также запрещены ответные меры или преследование за предшествующую деятельность в области гражданских прав в рамках какой-либо программы или деятельности, проводимой или финансируемой Министерством сельского хозяйства США (USDA).

Лица с нетрудоспособностью, нуждающиеся в альтернативных способах передачи информации о программе (например, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в формате аудиозаписи, при помощи американского языка жестов и т.д.) должны связаться с организацией (государственной или местной), в которую они подавали заявление на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, слабослышащие или имеющие нарушения речи, могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через федеральную службу коммутируемых сообщений по номеру (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках, кроме английского.

Для подачи жалобы на дискриминацию в рамках программы заполните форму USDA для подачи жалобы на дискриминацию в программе (AD-3027), размещенную онлайн по адресу: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), и имеющуюся в любом управлении USDA, либо напишите письмо на адрес USDA и направьте в нем все данные, запрашиваемые в форме. Для направления запроса на получение копии формы подачи жалобы позвоните по номеру (866) 632-9992. Направьте заполненную вами форму или письмо в USDA одним из способов:

- (1) почта: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Факс: (202) 690-7442;
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

По поводу каких-либо других данных касательно программы дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) следует связываться с горячей линией USDA по программе SNAP по номеру (800) 221-5689, также доступной на испанском языке, или обращаться по номерам справочных служб/горячих линий штата (нажмите ссылку, чтобы получить перечень номеров горячих линий от штата), размещенных онлайн по адресу: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, финансируемой федеральными средствами через Департамент здравоохранения и социального обслуживания (Health and Human Services, HHS) США, обратитесь по следующему данным: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, либо позвоните по номеру (202) 619-0403 (голосовая связь) или (800) 537-7697 (телетайп).

Данное учреждение предоставляет равные возможности.

## ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы будем соблюдать конфиденциальность ваших данных. Они будут использоваться только для принятия решения о наличии у вас прав на участие в программах. Бюро социального обслуживания (county assistance office, CAO) в случае направления ему запроса, должно предоставлять правоохранительным органам федерального, местного уровня и уровня штата адрес, номер социального страхования (Social Security number, SSN) и фотографию (при наличии) лица, скрывающегося от ответственности, ареста или заключения ввиду совершения преступления, нарушившего условия испытательного срока или досрочного условного освобождения. Какое-либо лицо, в отношении которого известно о нарушении каких-либо правил и регламентов данного департамента, должно понести ответственность за мелкое правонарушение; после вынесения приговора оно должно понести наказание в виде уплаты штрафа, не превышающего сумму в сто (100) долларов США, либо быть подвергнуто тюремному заключению, не превышающему срок в шесть месяцев, либо должны быть применены оба варианта наказания (раздел 62 Свода нормативных правовых актов штата Пенсильвания, статья 483).

## ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПИСЬМЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Мы направим вам письменное уведомление с разъяснением нашего пособия. В случае отказа, изменения в пособии, его приостановки или прекращения начисления мы направим вам письменное разъяснение причины. Вам дается 30 дней (90 дней в случае пособия по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP)) с даты направления уведомления на направление запроса на проведение слушания.

## ПРАВО НА ПОДАЧУ АПЕЛЛЯЦИИ

У вас есть право запрашивать у Департамента социального обслуживания (Department of Human Services, DHS) слушание по апелляции на решение в случае вашей уверенности в его несправедливости или некорректности, либо в случае, если Департамент DHS не предпринимает действий по вашему заявлению на получение пособия. Вы можете подать апелляцию в Бюро социальной помощи. При подаче апелляции вы также можете запросить проведение конференции в организации до слушания. Если ваша апелляция включает ускоренное рассмотрение заявления на выделение пособия по программе SNAP, у вас есть право на проведение такой конференции с участием супервайзера в течение двух рабочих дней. В ходе слушания вы можете представлять собственные интересы самостоятельно, либо вас может представлять какое-либо другое лицо, к примеру, адвокат, друг или родственник.

## ПРАВО НА ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ

В случае подачи вами заявления на выделение финансового пособия или пособия по оплате медицинской помощи законодательство требует от вас сотрудничать в установлении отцовства и обращении за помощью. Вы можете быть исключены из действия таковых требований в случае, если вы подтвердите, что это может быть опасно для вас и/или для ваших детей. Это известно как уважительная причина. За исключением установления исключения ввиду уважительной причины, вам требуется соответствовать требованиям к трудоустройству и прохождению обучения. От вас также потребуются соответствовать требованиям к предоставлению полугодовой отчетности, за исключением случаев действия исключения ввиду уважительной причины.

## ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СЕРТИФИКАТА ДОСТОВЕРНОСТИ ПОКРЫТИЯ

Федеральное законодательство ограничивает случаи возможного отказа в предоставлении покрытия медицинского страхования или его ограничения до ранее наблюдавшегося состояния. Если вы будете включены в групповой план медицинского обслуживания, исключающий лечение состояния, уже у вас наблюдающегося, вам может быть затрено время получения вами покрытия

по программе оплаты медицинской помощи. Это может помочь вам получить покрытие. Свяжитесь со своим социальным работником для направления запроса на такой сертификат.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Вы должны предоставлять правдивую, правильную и полную информацию. Вы должны оказывать помощь в подтверждении предоставленной вами информации. В выделении пособия может быть отказано в случае вашей неспособности предоставить определенное подтверждение. Если вы не можете предоставить подтверждение, вам следует обратиться в CAO за помощью в его получении. Если с вами свяжется Департамент DHS или Управление главного государственного инспектора, вы в полном объеме должны сотрудничать с таковыми лицами или расследователями. Если вы достигли возраста 55 лет и старше, и получаете пособие по оплате медицинской помощи в целях оплаты услуг учреждения сестринского ухода, услуги на дому и по месту жительства на основании освобождения от действия требований, и какие-либо услуги, связанные с пребыванием в больнице и назначением рецептурных препаратов, от вас может потребоваться возместить стоимость таковых услуг из стоимости завещанного имущества. Если вы подаете заявление на получение финансовой помощи, мы можем потребовать от вас подписания соглашения о возмещении пособия, полученного вами, вашим(-ей) супругом(-ой) и вашими детьми.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения финансовой помощи, пособия по оплате медицинского обслуживания и/или пособия по программе SNAP вы должны предоставить номер SSN для каждого лица, в отношении которого вы подаете заявление. Если у вас нет номера SSN, вам следует подать заявление на его получение. Отсутствие предоставленного номера SSN может привести к невозможности получить пособие. В отношении финансовой помощи и пособия по оплате медицинского обслуживания мы можем запросить номер SSN в отношении любого лица, чей доход или его источники могут влиять на наличие у вас прав или на размер пособия. Предоставленный номер SSN будет использоваться для подтверждения личности, для определения соответствий при помощи компьютерных технологий в целях подтверждения размера дохода и его источников, и в целях предотвращения одновременного получения пособий на федеральном уровне и на уровне штата. Предоставлять номер SSN не требуется только лицу, не имеющему гражданства США, подающему заявление на получение пособия по оплате медицинской помощи при неотложных состояниях.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЗАКОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРТЫ PA ACCESS

После определения наличия у вас прав на пособие вам будет выдана карта PAACCESS. Эта карта может использоваться только в отношении лица, отвечающего требованиям, и только в течение периода действия прав. Вы можете использовать карту только для получения обоснованного необходимого услуг.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Если вы отвечаете требованиям к получению пособия, от вас потребуются сообщать об изменениях в ваших обстоятельствах своему социальному работнику или в Центр обслуживания клиентов. Типы изменений, о которых требуется сообщать, включают заселение людей в дом или выселение из него, новый адрес, новая работа кого-либо из членов домохозяйства, потеря работы кем-либо, рождение ребенка, новые источники дохода или изменения в его размере, выигрыши в лотерею и азартные игры. Ваш социальный работник и получаемые вами уведомления будут подробно информировать о деталях, исходя из особенностей программ и пособия, на получение которого у вас имеется право. Отсутствие предоставленных требуемых данных об изменениях в рамках указанной программы может привести к потере пособия, применению ограничительных мер, обвинению в совершении административного или уголовного правонарушения. Вы можете сообщать об изменениях в Бюро социальной помощи лично, по телефону, факсу, по почте или при помощи учетной записи в системе MyCOMPASS. Вы также можете сообщать об изменениях в любое время в Центр обслуживания клиентов по номеру 1-877-395-8930, в Филадельфии — по номеру 1-215-560-7226.

## ПОЛОЖЕНИЕ О ПРОВЕРКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

(i) Разрешение на сбор данной информации, включая номер социального страхования (SSN) каждого из членов домохозяйства, выдается согласно Закону об обеспечении продуктами и продовольствием от 2008 г., с уточнениями, раздел 7 Свода законов США, 2011-2036d. Информация будет использоваться для определения наличия у вашего домохозяйства прав или их сохранения за вами, в целях участия в программе SNAP. Мы проверим данную информацию с применением программного обеспечения по поиску соответствий. Данная информация также будет использоваться для отслеживания исполнения регламентов программы и ее сопровождения.

(ii) Данная информация может быть раскрыта другим федеральным и государственным организациям для официального исследования, а также правоохранительным органам в целях задержания лиц, скрывающихся от исполнения требований закона.

(iii) В случае подачи иска от программы SNAP против вашего домохозяйства информация в данном заявлении, включая все номера SSN, может быть направлена всем федеральным и государственным организациям, а также организациям по взысканию частных исков, в целях применения мер взыскания.

(iv) Предоставление запрашиваемой информации, включая номер SSN каждого из членов домохозяйства, является добровольным. Однако отсутствие предоставленного номера SSN приведет к отказу от выделения пособия по программе SNAP каждому из лиц, не предоставивших таковой номер. Какой-либо предоставленный номер SSN будет использоваться и раскрываться тем же образом, что и номера SSN членов домохозяйства, отвечающих требованиям.

# Ограничения и штрафы Ознакомьтесь с информацией о своих обязанностях:

ЕСЛИ ЭТО ПРОИСХОДИТ БЕЗ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ		МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ СЛЕДУЮЩЕЕ (ВЗЫСКАНИЕ)
<b>ВСЕ ЛЬГОТЫ</b> <b>ПРОГРАММА SNAP</b> <b>ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ</b> <b>МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ</b>	Неправомерное пользование Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой РА ACCESS.	<b>Штраф, тюремное заключение или и то, и другое.</b>
	Соккрытие изменений, о которых вы обязаны сообщать.	<b>Сокращение объема или прекращение начисления льгот.</b>
	Умышленная дача ложной, неверной или неполной информации либо сокрытие изменений.	<b>Штраф, лишение права на получение льгот и/или тюремное заключение за мошеннические действия с социальными пособиями, а также лишение права на административное слушание.</b>  <b>Лишение права на получение денежной помощи:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз — на 6 месяцев.</li> <li>• Во второй раз — на 12 месяцев.</li> <li>• В третий раз — навсегда.</li> </ul> <b>Лишение права на получение пособий по программе SNAP:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз — на 12 месяцев.</li> <li>• Во второй раз — на 24 месяца.</li> <li>• В третий раз — навсегда.</li> </ul>
	Торговля своей карточкой ACCESS, продажа карточки или попытка торговать ею, а также продажа, покупка или использование карточки ACCESS другого лица.	<b>Лишение права на участие в программе:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• За любое осуждение судом — на 12 месяцев.</li> </ul>
<b>ПРОГРАММА SNAP</b>	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.	<b>Лишение права на участие в программе:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз — на 12 месяцев.</li> <li>• Во второй раз — на 24 месяца.</li> <li>• В третий раз — навсегда.</li> <li>• При первом признании судом виновным в нецелевом использовании льгот на сумму от 500 долларов США — навсегда.</li> </ul>
	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.	<b>Лишение права на участие в программе:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз — на 24 месяца.</li> <li>• Во второй раз — навсегда.</li> </ul>
	Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.	<b>В первый раз — лишение права на участие в программе навсегда.</b>
	Признание судом виновности в покупке или продаже льгот по программе SNAP либо торговле ими на общую сумму от 500 долларов США.	<b>Лишение права на участие в программе навсегда.</b>
	Представление ложной информации о себе и своем месте проживания для получения льгот по программе SNAP в нескольких местах.	<b>Лишение права на получение помощи на 10 лет.</b>
<b>ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ</b>	Уклонение от судебного преследования, взятия под стражу/тюремного заключения за совершение преступления или попытку его совершения, а также бегство в связи с нарушением условий испытательного срока или условно-досрочного освобождения.	<b>Лишение права на получение помощи до выполнения всех действий, предусмотренных законом.</b>
	Невыполнение условий взыскания, наложенного судом, включая взыскание штрафов за мелкое правонарушение или преступление.	<b>Лишение права на получение помощи до выполнения условий наложенного на вас взыскания</b>
	Предоставление ложной информации о месте своего проживания для получения денежных средств в двух или более штатах.	<b>Лишение права на получение помощи на 10 лет.</b>
	Уклонение от судебного преследования, взятия под стражу или тюремного заключения за совершение преступления или попытку его совершения; неявка в суд по уголовным делам в качестве обвиняемого в совершении мелкого правонарушения или преступления при получении повестки или ордера; бегство в связи с нарушением условий испытательного срока или условно-досрочного освобождения; или если в отношении вас был выдан какой-либо действующий ордер.	<b>Лишение права на получение помощи до выполнения всех действий, предусмотренных законом.</b>
<b>Если вы признаны виновным в мошенничестве или нарушении следующих правил:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Штраф размером до 250 000 долларов США для программы SNAP или до 15 000 долларов США для программы денежной помощи.</li> <li>• Тюремное заключение сроком до 20 лет для программы SNAP или до семи лет для программы денежной помощи; и/или</li> <li>• Возмещение полученных льгот.</li> <li>• Лишение права на получение льгот на срок, указанный выше для соответствующих программ.</li> </ul>
<b>ТРЕБОВАНИЯ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ SNAP</b>	Для членов домохозяйства в возрасте от 15 до 60 лет, не имеющих физических или умственных ограничений, и не имеющих иных причин для освобождения от выполнения этого требования.	<b>Лишение права на участие в программе:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз — на один месяц и до выполнения вами необходимых условий.</li> <li>• Во второй раз — на три месяца и до выполнения вами необходимых условий.</li> <li>• В третий и последующий разы — на шесть месяцев и до выполнения вами необходимых условий.</li> </ul>
	<b>Отказ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Принять предложение о приеме на работу.</li> <li>• Сообщить в окружное отделение социальной поддержки (CAO) о положении дел с вашим трудоустройством и наличием работы.</li> </ul>	
<b>ТРЕБОВАНИЯ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ</b>	Преднамеренное невыполнение требований по трудоустройству, прописанных в Соглашении о взаимных обязательствах (Agreement of Mutual Responsibility, AMR).	<b>Лишение права на участие в программе:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушение правил программы в первый раз — лишение права на получение помощи на срок не менее 30 дней либо до момента устранения нарушения, в зависимости от того, какой срок истекает позднее.</li> <li>• Нарушение правил программы во второй раз — лишение права на получение помощи на срок не менее 60 дней либо до момента устранения нарушения, в зависимости от того, какой срок истекает позднее.</li> <li>• Нарушение правил программы в третий раз — лишение права на получение помощи навсегда.</li> </ul> <b>Если причина для наложения штрафных санкций возникает в течение первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи, как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются только на конкретное лицо.</b>  <b>Если причина для наложения штрафных санкций возникает по прошествии первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи, как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются на всю семью.</b>

# Понимание ваших прав и обязанностей

## При подписании данной формы:

- Я понимаю, что для подтверждения предоставленной мной информации штат Пенсильвания получает данные от системы подтверждения наличия прав в отношении дохода (Income Eligibility Verification System, IEVS), финансовых учреждений, организаций по предоставлению отчетности о потребителях, организаций на уровне штата и федеральном уровне. Информация, доступная в системе IEVS и от других учреждений, будет запрашиваться, использоваться и может подтверждаться путем дополнительных контактов при обнаружении государственной организацией противоречивых сведений, и такая информация может повлиять на наличие прав у моего домохозяйства и на уровень пособия.
- Я понимаю, что, подписывая данное заявление, я предоставляю какому-либо финансовому учреждению право на раскрытие, электронным или каким-либо другим путем, всей возможной финансовой информации, находящейся в распоряжении такого учреждения, Департамент социального обслуживания, его уполномоченному агенту или подрядчику, в целях определения и подтверждения источников дохода (также именуемых «активы») при необходимости определения и повторного определения наличия прав на пособие по оплате медицинской помощи. Я понимаю, что финансовая информация включает депозиты, списания, закрытие счетов и другие связанные данные, запрашиваемые или полученные от финансовой организации, включая другие транзакции, предпринятые финансовым учреждением в отношении счета или актива. Я понимаю, что данное предоставление прав действует до момента отказа в соответствии с требованиями программы по оплате медицинской помощи или окончания действия этого соответствия, либо до момента принятия мной решения по его отзыву путем письменного оповещения Департамента, в зависимости от того, какое событие наступит первым. Я понимаю, что в случае отзыва мной данного предоставления прав это может привести к отсутствию у меня или моего домохозяйства прав на получение пособия по оплате медицинской помощи.
- Я понимаю, что в случае, если я искажу, скрою факты, способные повлиять на наличие у меня прав на пособие, или умолчу о них, от меня может потребоваться возместить сумму пособия, я могу понести наказание и потерять возможность получения некоторых пособий в дальнейшем.
- Я понимаю, что могу назначить уполномоченного представителя, заполнив раздел об уполномоченном представителе и направив его вместе с данным заявлением.
- Я понимаю и соглашаюсь с тем, что несу ответственность за какие-либо фальсифицированные утверждения, совершенные в рамках данного заявления, даже в случае направления заявления кем-либо, действующим от моего имени.
- Я понимаю, что какое-либо лицо, обогатившееся в результате передачи активов или дохода, что могло повлиять на наличие у меня прав на получение долгосрочного обслуживания, услуг на дому и по месту жительства, будет нести ответственность за возмещение такого пособия, выделенного несоответствующим образом.
- Я получил(-а) копию документа о моих правах и обязанностях, ознакомил(-лась) с ними или кто-либо прочел их для меня, и я понимаю их.
- Я понимаю, что Департамент социального обслуживания или уполномоченные им лица могут связываться со мной различными способами, включая электронную почту и направление текстовых сообщений в целях обработки моего заявления или запрашивать отклик по процессу подачи заявления. Если я не хочу получать электронные письма или текстовые сообщения, я понимаю, что Департамент социального обслуживания в любом случае обрабатывает мое заявление.
- Я понимаю, что информация, внесенная в данное заявление, будет оставаться конфиденциальной и использоваться только в целях выделения пособия. Я даю право на разглашение личной, финансовой и медицинской информации в целях определения соответствия требованиям.
- Я понимаю, что о каких-либо изменениях, о которых мне требуется сообщать, следует оповещать в течение первых 10 дней месяца, следующего за месяцем наступления изменения; в случае программ долгосрочного обслуживания и услуг на дому и по месту жительства, в течение 10 дней с даты наступления изменения.
- Я понимаю, что мое домохозяйство может потерять пособие по программе SNAP в случае получения членом домохозяйства выигрыша в лотерею или азартные игры, равного установленному программой SNAP предельному значению дохода для домохозяйств, включающих пожилых людей или лиц с нетрудоспособностью, или превышающего таковое значение (?).
- Я понимаю, что я получу письменное уведомление с разъяснением о составе пособия. Если в выделении пособия будет отказано, его характер будет изменен, его начисление приостановлено или прекращено, в письменном уведомлении будет разъясняться причина.
- Я понимаю, что располагаю 30 днями (90 днями в отношении пособия по программе SNAP (продуктовые талоны)) с даты уведомления для направления запроса на слушание в случае моего несогласия с решением, принятым по данному заявлению.
- Я понимаю, что мое положение подлежит подтверждению от работодателей, финансовых источников данных и других третьих сторон.
- Я понимаю, что заявители должны предоставлять свой номер социального страхования или подавать на его получение, если они им не располагают. Таковой номер может использоваться для проверки информации по данному заявлению.
- Я понимаю, что я должен(-на) использовать карту электронного начисления пособия (Electronic Benefit Transfer, EBT) или карту PAACCESS только в течение периода моего соответствия требованиям. Я должен(-на) использовать карту EBT или PAACCESS только в отношении лица, имеющего право на получение пособия, и могу получать только необходимую и обоснованную разновидность пособия.
- Я понимаю, что не могу использовать средства, полученные в рамках финансовой помощи, направленные на мою карту PAACCESS, для совершения транзакций с карты EBT в магазинах по продаже алкоголя, казино (учреждениях для азартных игр, игровых учреждениях) или заведениях развлечений для взрослых.
- Я понимаю, что я не должен(-на) предоставлять номер социального страхования в отношении лица, не подающего заявления на получение пособия. Если я представлю номер социального страхования такого лица, он может использоваться для проверки информации по данному заявлению. Указание его/ее номера социального страхования может увеличить размер моего пособия и сократить время, необходимое для его выделения.
- Под страхом наказания за предоставление ложных сведений я удостоверяю, что вся указанная информация правдива.
- Я понимаю, что у меня есть право на получение сертификата подтверждения покрытия

для подтверждения наличия медицинского страхования.

- Федеральное законодательство ограничивает случаи возможного отказа в предоставлении покрытия по программе оплаты медицинской помощи или ограничения его действия ранее наблюдавшимся состоянием. Если я буду включен(-а) в групповой план медицинского обслуживания, содержащий положение о лечении состояния, уже у меня наблюдающегося, мне может быть зачтено то время, в течение которого я получал(а) покрытие по программе оплаты медицинской помощи.
  - Я понимаю, что в случае определения моего соответствия требованиям к получению пособия по оплате медицинской помощи мне будет выделен наиболее полноценный пакет пособия по оплате медицинских услуг, доступный мне. Я понимаю, что от меня может потребоваться регистрация в плане медицинского обслуживания. Я понимаю, что регистрация в плане медицинского обслуживания может быть для меня бесплатной или предоставляться по сниженной стоимости, поскольку Департамент уплачивает ежемесячный взнос в план медицинского обслуживания от моего имени. Я понимаю, что ежемесячный взнос является подушным взносом. Я понимаю, что в случае получения мной пособия по оплате медицинской помощи при отсутствии у меня прав ввиду ошибки, мошенничества или какой-либо другой причины, от меня может потребоваться возместить Департаменту все ежемесячные взносы, уплаченные от моего имени.
  - Я понимаю, что в случае моего соответствия требованиям более чем одной категории пособия по оплате медицинской помощи мне будет присвоена наиболее благоприятная для меня категория. Я понимаю, что у меня есть право выбора категории пособия по оплате медицинской помощи, которое я буду получать, и что я могу запросить смену на другую категорию в случае наличия у меня прав в отношении нее.
  - Я понимаю, что в отношении меня может быть определено соответствие требованиям к получению пособия по оплате медицинской помощи с ежемесячной уплатой страховых взносов.
  - В ходе получения мной финансовой помощи я буду соблюдать требования программы взимания платежей в пользу содержания ребенка согласно указаниям Департамента. Я предоставляю Департаменту и отделу по вопросам семейных отношений право на обеспечение получения и взимания денежных средств и/или медицинского обслуживания для меня и других лиц, от имени которых я подаю заявление.
  - Я понимаю, что в случае сообщения мной о расходах домохозяйства или предъявления их подтверждения я получу максимальный допустимый размер пособия по программе SNAP (продуктовые талоны). Отсутствие сообщения с моей стороны или предоставления подтверждения расходов домохозяйства будет рассматриваться в качестве моего заявления как нежелание получать вычет за расходы, о которых не сообщалось или в отношении которых не было предоставлено подтверждения. (Прецедент: Министерство сельского хозяйства США, Служба обеспечения питанием и продовольствием, Среднеатлантический регион, административное уведомление 6-99, направлено 4 января 1999 г. (United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Mid-Atlantic Region, Administrative Notice 6-99, issued January 4, 1999)).
  - Я понимаю, что у меня есть право на зачисление расходов домохозяйства в момент моего сообщения о них и предоставления их подтверждения в любое время в течение периода моего соответствия требованиям программы SNAP (продуктовые талоны).
  - Я понимаю, что у меня есть право запросить у Бюро социальной помощи (CAO) содействие в получении подтверждения расходов, и что CAO может связываться с другими лицами в целях подтверждения моих сложностей с получением каких-либо подтверждений.
  - Я понимаю, что в случае, если все или некоторые из лиц, подающих заявление, не отвечают требованиям к получению пособия по оплате медицинской помощи, они могут иметь право на участие в программе CHIP.
  - Я понимаю, что в случае, если все или некоторые из заявителей не отвечают требованиям программы по оплате медицинской помощи, предоставляемой посредством Департамента, у них может быть право на получение пособий на федеральном уровне и/или они могут изучить варианты медицинского обслуживания от частных компаний при помощи платформы медицинского страхования в штате Пенсильвания (Pennie). В таком случае я предоставляю Департаменту право передавать мое имя и данные по такому заявлению платформе Pennie.
  - **Продление действия покрытия в последующие годы:** Для облегчения определения моего соответствия требованиям в целях оплаты медицинского страхования в последующие годы я выражаю согласие с тем, чтобы разрешить платформе медицинского страхования в штате Пенсильвания (Pennie) использовать данные о моем доходе, включая информацию из налоговых деклараций. Платформа Pennie направит уведомление с возможностью внести какие-либо изменения, и я могу отказаться от этого в любое время.
- Да, продлевать действие моего соответствия требованиям на последующие:** (выберите один вариант):
- Пять лет (максимально возможное количество лет)
  - Четыре года
  - Три года
  - Два года
  - Один год
  - Не использовать данные из налоговых деклараций для продления действия 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: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។  
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)



Pennsylvania  
Department of Human Services