

АДРЕС CAO	



## ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ НА DAP

ДЕЛО			
Co.	НОМЕР ЗАПИСИ	Cat.	Dist.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ <input type="checkbox"/> МУЖСКОЙ <input type="checkbox"/> ЖЕНСКИЙ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
АДРЕС			ТЕЛЕФОН

Недавно вы подали заявление на получение денежного пособия (Cash Assistance, CA) и/или пособия по программе Medical Assistance (MA) и сообщили, что у вас имеется инвалидность. Чтобы получить право на пособия CA и MA, вы должны подать заявление на получение федерального пособия для инвалидов (дополнительный социальный доход (SSI)/социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI) через Администрацию социального обеспечения (Social Security Administration, SSA).

В нижней части этой формы содержится заявление, в котором сообщается о вашем намерении сотрудничать с окружным управлением социальной помощи (CAO) и SSA при оформлении пособий SSI/SSDI. Если вы подпишете это соглашение и отправите его в CAO, вам не придется подавать заявление в SSA, прежде чем CAO утвердит ваше пособие CA или MA.

Если вы не желаете подписывать настоящую форму, вы должны подтвердить, что вы подали заявление на получение пособий SSI/SSDI, чтобы CAO могло утвердить ваше пособие CA или MA или продолжать выплачивать его. Вы можете подать заявление на получение пособий SSI/SSDI номеру SSA 1-800-772-1213 или онлайн на веб-сайте [www.SSA.gov](http://www.SSA.gov).

Если вы уже подали заявление на получение пособий SSI/SSDI, заполните следующий раздел:

ИСТОРИЯ ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО ИНВАЛИДНОСТИ	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ДОХОД (SSI)	СОЦИАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (SSDI)
ВЫ ПОДАВАЛИ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ДАННОГО ПОСОБИЯ?	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА – ДАТА	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА – ДАТА
СТАТУС ЗАЯВЛЕНИЯ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО:	<input type="checkbox"/> ОТКЛОНЕНО – ДАТА: _____	<input type="checkbox"/> ОТКЛОНЕНО – ДАТА: _____
	<input type="checkbox"/> ОДОБРЕНО – ДАТА: _____	<input type="checkbox"/> ОДОБРЕНО – ДАТА: _____
	<input type="checkbox"/> НА РАССМОТРЕНИИ – ДАТА/ВРЕМЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ: _____	<input type="checkbox"/> НА РАССМОТРЕНИИ – ДАТА/ВРЕМЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ: _____
	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТЕН	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТЕН
ПОСОБИЕ РАНЕЕ ВЫПЛАЧИВАЛОСЬ, НО ТЕПЕРЬ ВЫПЛАТА ПРЕКРАЩЕНА?	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА – ДАТА	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА – ДАТА
ЕСЛИ В ПОЛУЧЕНИИ ПОСОБИЯ БЫЛО ОТКАЗАНО, ВЫ ПОДАВАЛИ АПЕЛЛЯЦИЮ?	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА – ДАТА	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА – ДАТА
СТАТУС АПЕЛЛЯЦИИ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО:	<input type="checkbox"/> НА РАССМОТРЕНИИ <input type="checkbox"/> ОТКЛОНЕНА – ДАТА: _____	<input type="checkbox"/> НА РАССМОТРЕНИИ <input type="checkbox"/> ОТКЛОНЕНА – ДАТА: _____

СОГЛАСИЕ КЛИЕНТА – я соглашаюсь сотрудничать с окружным управлением социальной помощи и Администрацией социального обеспечения при оформлении федеральных пособий SSI/SSDI. Я понимаю, что сотрудничество подразумевает подачу заявления на получение пособий SSI/SSDI или подачу апелляции в случае отклонения SSA моего первоначального заявления.

\_\_\_\_\_

Подпись клиента

\_\_\_\_\_

Дата