



Отдел по делам
семьи и детей

Заявление на получение льгот

ВЫ ДОЛЖНЫ ПРИНЕСТИ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ В МЕСТНЫЙ ОКРУГ ЛИЧНО, ОТПРАВИТЬ ЕГО ПО ФАКСУ или ПО ПОЧТЕ.

Если вам требуется помощь в прочтении или заполнении этого документа, а также помощь в общении с нами, вы можете задать нам вопрос или позвонить по телефону (877) 423-4746. Наши услуги, включая услуги переводчика, предоставляются бесплатно. Если вы страдаете от нарушений слуха, зрения или речи, вы можете связаться с нами по номеру, указанному выше, набрав 711 (служба текстовых сообщений штата Джорджия (Georgia Relay)).

Какие услуги мы предлагаем в Департаменте служб по делам семьи и детей (DFCS)?

DFCS предлагает следующие услуги:



Продовольственная помощь

Пособия по продовольственным сертификатам (SNAP) можно использовать для покупки продуктов питания в любом магазине, где есть знак EBT/ Quest. Мы вычтем стоимость приобретенных вами продуктов питания с вашего продовольственного счета (SNAP) в рамках этой программы (SNAP).



Денежная помощь/Услуги по поддержке занятости

Временная помощь нуждающимся семьям (TANF) предоставляет денежную помощь семьям с детьми-иждивенцами в течение ограниченного времени. Родители или воспитатели, включенные в грант, обязаны участвовать в рабочей программе. Программа денежной помощи (Cash Assistance) также предоставляет финансовую помощь семьям беженцев, которые не имеют права на участие в программе TANF.

- Программа «Бабушки и дедушки, воспитывающие внуков» (GRG) предоставит необходимую поддержку, чтобы о детях могли позаботиться в домах их бабушек и дедушек.



Медицинская помощь

Medicaid для тех, кто имеет на это право, может помочь оплатить медицинские счета, визиты к врачу и страховые взносы Medicare.

Услуги по работе с населением

Для получения дополнительной информации о других услугах DHS посетите наш веб-сайт www.dfcs.georgia.gov или позвоните по телефону (877) 423-4746.



Как подать заявление на получение пособия?

Шаг 1. Заполните бланк заявления.

Внимательно прочитайте вопросы и дайте точную информацию. Подпишите заявление и укажите дату.

Шаг 2. Подайте заявление в местный офис.

Вы должны оторвать и сохранить страницы 1-2 и 17-20 бланка заявления.



Отправьте по почте, факсу или принесите лично страницы 3-16 данного заявления в местный офис Отдела обслуживания семьи и детей (DFCS) Вы можете найти местный офис на веб-сайте по адресу: <http://dfcs.georgia.gov/locations>.

Часто задаваемые вопросы

Сколько времени нужно для получения пособий?

Продовольственные талоны (SNAP): до 30 дней
TANF: до 45 дней
Medicaid: от 10 до 60 дней
Вы можете получить талоны на питание (SNAP) в течение 7 дней, если имеете на это право. См. страницу 6.

Какую сумму я получу?

Размеры льгот определяются Вашим доходом, активами и количеством членов семьи. Мы сможем предоставить Вам точную информацию по данному вопросу, как только определим, что Вы имеете право на получение льгот.

Как я буду получать свои пособия?

Для пользования продовольственными талонами (SNAP) Вы получите карту электронных выплат пособий по социальному страхованию (карту ЭВП/ЕВТ). Для пользования льготами Программы оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF) Вы получите дебетовую карту EPPIC платежной системы Master Card. Для пользования льготами программы Medicaid вы получите карточку Medicaid на каждого участника программы.

Вас могут попросить предоставить следующую информацию:

- Для получения продовольственных талонов (SNAP) и (или) льгот по TANF – документ, удостоверяющий личность заявителя. Удостоверение личности (ID) или водительские права (DL) являются приемлемой формой подтверждения. Заявителям на получение медицинской помощи удостоверение личности не требуется.
- Для всех лиц, претендующих на получение льгот необходимо представить документы, подтверждающие гражданство США/статус иммигранта, находящегося в стране на законных основаниях. Если вы подаете заявление только на получение неотложной медицинской помощи (EMA), Вам не нужно указывать свой SSN или информацию о своем иммиграционном статусе.
- Номера социального страхования для всех лиц, претендующих на получение льгот.
- Документы, подтверждающие доходы, например квитанции о начислении заработной платы, выплате алиментов и справки о получении доходов. Подтверждение выплаты алиментов не требуется для заявителей на получение медицинской помощи.
- Документы, подтверждающие расходы, такие как квитанции на оплату ухода за детьми, медицинские счета, квитанции на оплату медицинской транспортировки, стоимость аренды/стоимость ипотечного кредита и алименты на содержание детей. Эти данные не требуются от заявителей на получение медицинской помощи.

Сначала мы попытаемся подтвердить информацию о гражданстве/иммиграционном статусе и доходах с помощью электронных источников данных. Бумажные документы, подтверждающие Вашу личность, не требуются для подачи заявления; однако вы можете предоставить документы вместе с заявлением. Если мы не можем выполнить проверку с помощью электронных источников данных и Вам потребуется помощь в получении этой информации, сообщите нам об этом.



Заявление на получение льгот

Если Вы или лицо, за которое Вы подаете заявление, имеете право на получение пособий, пособия по программе Food Stamp (SNAP) будут предоставляться с даты получения нами заявления с Вашим именем, адресом и подписью. Пособия TANF будут предоставляться с даты утверждения заявления.

Если Вы подаете заявление на получение продовольственных талонов (SNAP), TANF и/или Medicaid, Вы можете подать заявление на получение пособий, указав только свое имя, адрес и подпись. Однако, если Вы заполните всю форму, это поможет нам быстрее обработать Ваше заявление. Вы можете использовать данный бланк для заполнения совместного заявления на получение льгот более чем одной программы или только на участие в Программе продовольственных талонов (SNAP). Ваше заявление (SNAP) не будет отклонено только на том основании, что Ваше заявление на участие в другой программе было отклонено. Решение о том, имеете ли Вы право на получение продовольственных талонов (SNAP), принимается отдельно. Если Вы находитесь в учреждении и одновременно подаете заявление на получение талонов на питание (SNAP) и SSI, датой подачи заявления считается дата Вашего освобождения из учреждения.

Шаг 3. Побеседуйте с нами.

Возможно, Вам потребуется пройти собеседование с социальным работником. Если это будет необходимо, то мы назначим Вам время собеседования. Такое собеседование может быть проведено по телефону.

Как мы используем личные данные заявителей?

Номер социального страхования (SSN) и гражданство или иммиграционный статус необходимо предоставлять только тем лицам, которые хотят подать заявление на получение пособий. Эта информация будет использована для проверки системой верификации доходов и соответствия требованиям (IEVS). Мы также будем сопоставлять Вашу информацию с данными других федеральных, государственных и местных агентств для проверки Вашего дохода и соответствия требованиям, для отслеживания информации о заработной плате и участии в трудовой деятельности. Если член домохозяйства не хочет предоставлять нам информацию о своем SSN, гражданстве или иммиграционном статусе, другие члены домохозяйства все равно могут получать пособия. Если вы подаете заявление только на получение экстренной медицинской помощи, Вам не нужно указывать свой SSN или информацию о своем иммиграционном статусе.

Может ли другое лицо подать заявление от моего имени?

Для получения талонов на питание (SNAP) и Medicaid Вы можете попросить кого-либо подать заявление за Вас. .

Для получения льгот по TANF заявление может быть подано третьими лицами, однако родитель или опекун должен пройти собеседование.



Заявление на получение льгот

(Заполните это заявление и верните его в МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ DFCS В ВАШЕМ ОКРУГЕ.)

На что я подаю заявление? (отметьте всё, что применимо)

- Продовольственные талоны (Программа дополнительной помощи в питании (SNAP))**
Программа продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP), ранее известная как продовольственные талоны — это финансируемая федеральным правительством программа, которая предоставляет ежемесячные пособия семьям с низким уровнем дохода для оплаты стоимости продуктов питания. Программа также предоставляет семьям образование по вопросам питания для удовлетворения их потребностей в продуктах и питании и предоставляет возможности трудоустройства и обучения, чтобы помочь семьям получить работу, которая приведет к меньшей зависимости от SNAP.
- Временная помощь нуждающимся семьям (TANF)**
Программа временной помощи нуждающимся семьям (TANF) предоставляет временные ежемесячные денежные выплаты, разовые денежные выплаты или другие услуги поддержки для семей с детьми, имеющих на это право. Если Вы являетесь родителем ребенка или опекуном, который хотел бы участвовать в получении гранта, мы потребуем от Вас участия в рабочей программе.
 - Бабушки и дедушки, воспитывающие внуков (Grandparents Raising Grandchildren - GRG)**
Бабушкам и дедушкам, воспитывающим внуков, будут обеспечены дополнительные денежные выплаты, чтобы о детях могли позаботиться в домах их бабушек и дедушек. **Заявители должны подать заявление на TANF, чтобы иметь право получать выплаты GRG.**
- Денежная помощь беженцам**
Программа денежной помощи беженцам обеспечивает финансовую поддержку домохозяйствам беженцев, не имеющих права на участие в программе TANF. Термин "беженец" включает в себя беженцев, кубинских/гаитянских эмигрантов, жертв торговли людьми, лиц, рожденных в результате брака граждан США и азиатских стран, лиц, получивших убежище, афганцев или иракцев со специальной иммиграционной визой (SIV) или афганцев, имеющих право на условно-досрочное освобождение.
- Medicaid**
Medicaid предлагает медицинскую страховку пожилым людям, слепым или взрослым людям с ограниченными возможностями, беременным женщинам, детям и семьям. Когда Вы подадите заявление, мы рассмотрим все программы Medicaid и решим, на получение каких из них Вы можете иметь право.

Пожалуйста, заполните приведенную ниже таблицу данных заявителя.

| | | | |
|---|-----------------|--|-------------------|
| Имя | Средний инициал | Фамилия | Приставка к имени |
| Название улицы фактического проживания | | кв. | |
| город | штат | почтовый индекс | |
| Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания) | | | |
| Основной номер телефона | | Другой номер телефона | |
| Электронные средства связи: Электронная почта: Да ___ или Нет ___ (по желанию) Текстовые сообщения: Да ___ или Нет ___ (по желанию) | | Адрес электронной почты (по желанию): | |
| На каком языке Вы предпочитаете общаться? | | Если потребуется собеседование, нужен переводчик? Да ___ или Нет ___ | |

Закон об американцах с ограниченными возможностями: Запрос на разумные модификации и помощь в коммуникации (если применимо):

Имеется ли у Вас физическое ограничение, которое требует разумных модификаций или помощи в общении? Да ___ Нет ___ (Если да, пожалуйста, опишите запрашиваемые Вами разумные модификации или помощь в общении):

Переводчик языка жестов ___; ТТУ(телетайп) ___; крупный шрифт ___; электронные коммуникации (электронная почта)___; шрифт Брайля___; видео связь ___; переводчик с сопровождаемой речью ___; переводчик движений губ ___; переводчик для слепо-глухонемых ___; телефонные напоминания о сроках программы ___; подпись по телефону (если применимо) ___; личное собеседование (визит на дому) ___; прочее:_____ **Нуждаетесь ли вы в разумных модификациях или помощи в общении однократно ___или постоянно ___? Если возможно, кратко опишите когда и на какое время Вам требуются данные разумные модификации и помощь?**



Отдел по делам
семьи и детей



Заявление на получение льгот

Для всех заявителей на программы продовольственных талонов (SNAP), TANF, и Medicaid:

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, по моему убеждению и в меру моей осведомленности, что лицо (лица), в отношении которых я подаю заявление на получение пособия, является (являются) гражданином (гражданами) США или не гражданином (не гражданами) США, законно пребывающим (пребывающими) в Соединенных Штатах. Я также подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю и согласен с тем, что DHS-DFCS (Департамент внутренней безопасности - Отдел служб по делам семьи и детей), DCH (Департамент общественного здравоохранения) и уполномоченные федеральные агентства могут проверить информацию, указанную мной в данном заявлении. Информация может быть получена от прошлых или настоящих работодателей. Я понимаю, что мои данные будут использоваться для отслеживания информации о заработной плате и моем участии в трудовой деятельности.

Я буду сообщать о любых изменениях в моей ситуации в соответствии с требованиями программы Food Stamp (SNAP)/Medicaid и (или) TANF. Я также сообщу, если кто-либо в моем домохозяйстве получит выигрыш в лотерею или азартные игры, общая сумма которого составляет \$4250 или более (до удержания налогов или других сумм). Я сообщу об этих выигрышах в течение 10 дней после окончания месяца, в котором мое домохозяйство получило выигрыш. Я понимаю, что, если какая-либо информация окажется неверной, мои льготы могут быть уменьшены или отменены, а за сознательное предоставление неверной информации я могу быть подвергнут уголовному преследованию или лишен права участвовать в программах DHS-DFCS. Я понимаю, что я могу быть привлечен к ответственности за предоставление ложной информации или её сокрытие. Я понимаю, что, если я не сообщу DHS-DFCS о некоторых своих расходах при подаче заявления или в процессе продления участия в программе и (или) не смогу их подтвердить, DHS-DFCS не будет учитывать эти расходы при расчете размера моих льгот на продовольственные талоны (SNAP).

Департамент социального обеспечения штата Джорджия («DHS») собирает информацию, позволяющую установить личность (PII), такую как имена, адреса, номера телефонов, адреса электронной почты, даты рождения и т. д., во время подачи Вашего заявления на пособие. Предоставляя нам любую личную информацию, Вы соглашаетесь с тем, что мы можем собирать, использовать и раскрывать любую такую личную информацию в соответствии с правилами, процедурами DHS, а также в соответствии с требованиями или разрешениями закона и (или) нормативных актов.

Подпись

Дата

Подпись свидетеля, если вместо подписи Вы используете 'X'

Дата

Уполномоченный представитель:

Заполните этот раздел только в том случае, если Вы желаете, чтобы другой человек или организация заполнили Ваше заявление на получение, прошли собеседование и (или) использовали Вашу карту продовольственных талонов EBT для покупки продуктов питания, когда Вы не можете пойти в магазин. Пожалуйста, отметьте для каждого типа программы, кого Вы хотите назначить в качестве уполномоченного представителя. Пожалуйста, отметьте, какие обязанности Вы хотите возложить на человека или организацию. Если Вы подаёте заявление на получение Medicaid, Вы можете выбрать несколько человек или организаций, которые будут действовать от вашего имени.

Уполномоченный представитель 1, виды программ: Продовольственные талоны (SNAP) TANF Медицинская помощь
 Уполномоченный представитель 1, обязанности: Подпись заявления от имени заявителя Заполнение и подача формы продления Получение копий уведомлений и других сообщений Действия от имени заявителя во всех других вопросах
 Получение карты для выплаты пособий TANF (EPPIC)

Имя 1-го лица: _____
 Название 1-й организации (в соответствующих случаях): _____ Телефон: _____
 Адрес: _____ кв.: _____
 город: _____ штат: _____ почтовый индекс: _____
 Электронные средства связи: Электронная почта: Да ___ Нет ___ (по желанию) Текстовые сообщения: Да ___ Нет ___ (по желанию)
 Адрес электронной почты (по желанию) _____
 Предпочитаемый язык: _____ Требуется ли помощь переводчика? Да ___ или Нет ___



Отдел по делам
семьи и детей



Заявление на получение льгот

Уполномоченный представитель 2, виды программ: Продовольственные талоны (SNAP) TANF Медицинская помощь
 Уполномоченный представитель 2, обязанности: Подпись заявления от имени заявителя Заполнение и подача формы
 продления Получение копий уведомлений и других сообщений Действия от имени заявителя во всех других
 вопросах Получение карты для выплаты пособий TANF (EPPIC)

Имя 2-го лица: _____
 Название 2-й организации (в соответствующих случаях): _____ Телефон: _____
 Адрес: _____ кв.: _____
 город: _____ штат: _____ почтовый индекс: _____
 Электронные средства связи: Электронная почта: Да ___ Нет ___ (по желанию) Текстовые сообщения: Да ___ Нет ___ (по желанию)
 Адрес электронной почты (по желанию) _____
 Предпочитаемый язык: _____ Требуется ли помощь переводчика? Да ___ или Нет ___

Закон об американцах с ограниченными возможностями: запрос на разумные модификации и помощь в коммуникации для уполномоченного представителя (если применимо):

Имеет ли уполномоченный представитель физическое ограничение, которое требует разумных модификаций или помощи в коммуникации? Да ___ Нет ___ (Если да, пожалуйста, опишите запрашиваемые Вами разумные модификации или помощь в коммуникации):

Переводчик языка жестов ___; ТTY(телетайп) ___; крупный шрифт ___; электронные коммуникации (электронная почта) ___; шрифт Брайля ___; видео связь ___; переводчик с сопровождаемой речью ___; переводчик движений губ ___; переводчик для слепо-глухонемых ___; телефонные напоминания о сроках программы ___; подпись по телефону (если применимо) ___; личное собеседование (визит на дому) ___; прочее: _____

Нуждается ли уполномоченный представитель в разумных модификациях или помощи в коммуникации однократно ___ или постоянно ___? Если возможно, кратко опишите, когда и на какое время Вам требуются данные разумные модификации и помощь? _____

Только для служебного использования: _____ Дата получения: _____

Процедура Express Lane Eligibility:

Express Lane Eligibility (ELE) — это автоматический процесс регистрации или возобновления участия детей в возрасте до 19 лет, которые уже являются участниками программы дополнительной продовольственной поддержки (SNAP) или временной помощи для нуждающихся семей (TANF), в программу медицинской помощи. Если ваши дети имеют право на участие в программе SNAP или TANF, Отдел по делам семьи и детей (DFCS) будет использовать информацию о размере домохозяйства, месте жительства и доходе из программы SNAP или TANF, но DFCS также подтвердит гражданство или иммиграционный статус, используя правила программы медицинской помощи, чтобы принять ELE решение о регистрации или продлении участия детей в программе Medicaid или PeachCare for Kids®. Если Ваши дети имеют право на участие в программе PeachCare for Kids®, на них может распространяться страховой взнос. DFCS отправит Вам уведомление о решении, которое позволит Вам внести любые изменения и отказаться от участия в любое время.

Дааете ли Вы DFCS согласие на использование вашей информации, полученной из SNAP или TANF, для принятия ELE решения о регистрации или продлении участия Ваших детей в Medicaid или PeachCare for Kids®?

Да Нет



Отдел по делам
семьи и детей



Заявление на получение льгот

Имею ли я право на ускоренное получение продовольственных талонов (SNAP)? (Данная информация требуется только для заявителей на продовольственные талоны (SNAP))

Ответьте на вопросы о заявителе и всех членах домохозяйства, чтобы выяснить, имеете ли Вы право получить продовольственные талоны (SNAP) в течение 7 дней.

1. Являетесь ли Вы или кто-либо из членов домохозяйства мигрантом или сезонным сельскохозяйственным рабочим? Да Нет Если «да», кто _____

2. Валовая сумма заработанного дохода без вычетов в этом месяце: \$ _____
 Наименование работодателя _____
 Дата начала трудоустройства _____ Дата окончания трудоустройства _____
 Ставка заработной платы _____ Количество часов в неделю _____
 Как часто вам платят: еженедельно / раз в две недели/ раз в полмесяца/ раз в месяц (обведите одно)

3. Валовая сумма незаработанного дохода без вычетов в этом месяце: \$ _____
 Тип незаработанного дохода _____ Сумма _____
 Частота получения: еженедельно/ раз в две недели/ раз в полмесяца/ раз в месяц (обведите одно)

 Тип незаработанного дохода _____ Сумма _____
 Частота получения: еженедельно/ раз в две недели/ раз в полмесяца/ раз в месяц (обведите один)

4. Валовая сумма заработанного и незаработанного дохода в этом месяце: \$ _____

5. Сколько денег у Вас и всех членов домохозяйства есть наличными или в банке? \$ _____

6. Какова ежемесячная сумма арендной платы, ипотеки, налога на имущество и выплат по страхованию жилья? \$ _____

7. Какова общая сумма расходов на электричество, воду, газ и (или) другие коммунальные услуги в этом месяце? \$ _____
(Вычтите сумму просроченных платежей и пени за неуплату из общей суммы)
 - a. Что является основным источником отопления или охлаждения в Вашем доме? Отметьте всё, что применимо
 Электричество _____ Газ _____ Оконный или центральный кондиционер _____ Керосиновое топливо _____ Дрова _____

 - b. Получали ли Вы помощь на энергетические нужды в последние 12 месяцев? Да Нет



Отдел по делам
семьи и детей

Заявление на получение льгот

Расскажите нам о заявителе и всех членах семьи

Для лиц, подающих заявление на получение медицинской помощи: Пожалуйста, укажите себя, супруга/-у, детей (включая приемных) младше 21 года, проживающих вместе с вами, Вашего партнера, не состоящего в браке, который нуждается в медицинской страховке, любого человека, которого Вы включили в свою налоговую декларацию, даже если он не живет с Вами, и любого другого человека моложе 21 года, о котором Вы заботитесь и который живет с Вами. Вы не обязаны включать в список своего партнера, не состоящего в браке и не нуждающегося в медицинской страховке, детей Вашего партнера, не состоящего в браке, Ваших родителей, которые живут с вами, но подают собственную налоговую декларацию (если Вам больше 21 года) или других взрослых родственников, которые подают собственную налоговую декларацию. Если Вы подаёте заявление только на получение услуг экстренной медицинской помощи (Emergency Medical Services - EMA), Вам не нужно предоставлять свой SSN или информацию о своем иммиграционном статусе.

Пожалуйста, заполните приведенную ниже таблицу о данных заявителя и всех членов домохозяйства. Следующие федеральные законы и нормативные акты: Закон о продовольствии и питании 2008 года, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, и 42 C.F.R. § 435.920, уполномочивают DFCS запрашивать номер/-а социального страхования у вас и членов вашего домохозяйства. Любое лицо, проживающее в вашем домохозяйстве и не подающее заявление на получение льгот, может рассматриваться как незаявитель. Незаявители не обязаны предоставлять нам информацию о номере социального страхования, гражданстве или иммиграционном статусе и не имеют права на получение льгот. Другие члены домохозяйства могут по-прежнему получать льготы, если они имеют на это право. Если Вы хотите, чтобы мы решили, имеют ли члены домохозяйства право на получение льгот, нужно будет сообщить нам об их гражданстве или иммиграционном статусе и указать их номера социального страхования (SSN). Вам также нужно будет сообщить об их доходах и ресурсах, чтобы определить право на льготы и объём льгот для домохозяйства. Мы не будем сообщать о членах домохозяйства, не являющихся заявителями, в систему систематической проверки иностранцев для получения прав (SAVE) Службы гражданства и иммиграции США (USCIS), если они не сообщат нам о своем гражданстве или иммиграционном статусе. Однако, если в Вашем заявлении была представлена информация об иммиграционном статусе, эта информация может подлежать проверке через систему SAVE и может повлиять на право домохозяйства получать льготы и их объём. Мы сопоставим вашу информацию с данными других федеральных, государственных и местных агентств, чтобы проверить ваш доход и право на получение льгот. Данная информация также может быть передана сотрудникам правоохранительных органов для использования при поимке лиц, скрывающихся от закона. Если Ваше домохозяйство имеет претензии по продовольственным сертификатам (SNAP), информация из этого заявления, включая SSN, может быть передана федеральным и государственным агентствам и частным агентствам по сбору претензий, чтобы они использовали ее для сбора претензий. Мы не будем отказывать в пособиях членам домохозяйства, подавшим заявление, из-за того, что другие члены домохозяйства не предоставили свой SSN, гражданство или иммиграционный статус.

| ИМЯ | | | Кем приходится Вам | Этот человек подает заявление на получение льгот? | Этот человек нуждается в медицинской страховке? | Дата рождения | Номер социального страхования (не обязательно для лиц, не подающих заявление) | Пол | Испаноязычный или латиноамериканец? | Код расы (необязательно) | Вы являетесь гражданином США, подданным США или удовлетворяющим критериям иностранцем/иммигрантом? (только для заявителей) |
|-----|-----------------|---------|--------------------|---|---|---------------|--|-----|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| Имя | Средний инициал | Фамилия | | | | | | | | | |
| | | | лично | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Коды рас (отметьте всё, что применимо):

AI – Американский представитель индейцев или Коренной житель Аляски

AS – азиат

BL – черный или афроамериканец

HP – коренной житель Гавайев или других Тихоокеанских островов

WH – белый

Предоставляя данные о расе/этнической принадлежности, Вы помогаете нам осуществлять наши программы без

какой-либо дискриминации. Ваше домохозяйство не обязано предоставлять нам эту информацию, а также это не будет



Заявление на получение льгот

Если вы или другие заявители от вашего домохозяйства не являетесь гражданами или подданными США, заполните следующую таблицу:

(пожалуйста, добавьте дополнительные страницы, если необходимо)

| ИМЯ | | Тип иммиграционного документа | Идентификационный номер иностранца/сертификата/документа | Вы проживаете в США с 1996 года? (Д/Н) | Дата натурализации/дата въезда или допуска в США (в соответствующих случаях) Формат (мм/дд/гг) | Являетесь ли Вы, Ваш(-а) супруг(-а) или родитель ветераном или членом вооруженных сил США, находящимся на действительной военной службе? (Д/Н) |
|-----|----------------------------|-------------------------------|--|---|--|---|
| Имя | Средний инициал Фамилия | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Расскажите нам больше о заявителе и всех членах семьи

Нам нужна дополнительная информация о заявителе и всех членах его семьи, чтобы решить, кто имеет право на получение льгот. Пожалуйста, ответьте только на вопросы о льготах, которые Вы желаете получить, на странице ниже.

1. Получал ли кто-нибудь какие-либо льготы в другом округе или штате? (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF)
 Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Где: _____

Когда: _____

2. Был ли кто-нибудь осужден за предоставление ложной информации о месте жительства и личных данных с целью получения продовольственных талонов в более, чем одном месте после 8/22/1996 года? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Где: _____

Когда: _____

3. Уволился ли кто-либо из членов Вашего домохозяйства по собственному желанию с работы или добровольно сократил свое рабочее время ниже 30 часов в неделю в течение 30 дней с даты подачи заявления? (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) Да Нет

Если «да», кто уволился? _____

Почему он/она уволился/-ась? _____

4. Есть ли беременные в вашем домовладении? (Этот вопрос не относится к заявителям на продовольственные талоны (SNAP)) Да Нет

Если «да», то какова предполагаемая дата родов? _____; и сколько детей ожидается? ____

Если нет, рожал ли кто-нибудь в домохозяйстве или была ли прерванная беременность в течение последних 12 месяцев? Да Нет



Отдел по делам
семьи и детей

Заявление на получение льгот

Если «да», то когда состоялись роды/была прервана беременность? _____; и сколько детей
родилось/ожидалось? _____

Имя беременной женщины: _____ Имя отца будущего ребенка: _____

Адрес отца: _____

5. Имеются ли у заявителей, претендующих на Medicaid, какие-либо неоплаченные медицинские счета за последние 3 месяца? Да Нет
Если да, пожалуйста, отправьте неоплаченные медицинские счета, если у вас есть дело Medicaid.

6. Был ли кто-либо исключен из программы продовольственных талонов (SNAP) или программы TANF? (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Где: _____

7. Кто-нибудь скрывается, чтобы избежать судебного преследования или тюрьмы за уголовное преступление? (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) Да Нет

Если «да», кто: _____

8. Нарушает ли кто-либо условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения? (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) Да Нет

Если «да», кто: _____

9. Осужден ли кто-либо за уголовное преступление из-за поведения, связанного с хранением, использованием или распространением контролируемого наркотического вещества (т. е. является преступником, осужденным по статье за наркотики) после 8/22/1996 г. (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) или тяжелое насильственное преступление (только для TANF)? Да Нет

Если «да»:

Кто: _____ Когда: _____

- a. Соблюдаете ли Вы условия испытательного срока, связанные с любым приговором, вынесенным в результате осуждения за преступление, связанное с наркотиками? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

- b. Соблюдаете ли вы условия условно-досрочного освобождения, связанного с любым приговором, вынесенным в результате осуждения за преступление, связанное с наркотиками? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

- c. Успешно ли Вы прошли все условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения, связанные с судимостью, связанной с наркотиками? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

10. Были ли Вы или кто-либо из членов домохозяйства осуждены за обмен продовольственных талонов (SNAP) на наркотики после 8/22/1996 г.? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____ Когда: _____

11. Были ли Вы или кто-либо из членов домохозяйства осуждены за приобретение или продажу продовольственных талонов (SNAP) на сумму, превышающую \$500, после 8/22/1996 г.? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Когда: _____

12. Были ли Вы или кто-либо из членов домохозяйства



Отдел по делам
семьи и детей

Заявление на получение льгот

осуждены за обмен продовольственных талонов (SNAP) на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества после 8/22/1996г.? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Когда: _____

13. Были ли Вы или любой член вашего домохозяйства осуждены как совершеннолетний за сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах, убийство, сексуальную эксплуатацию и другие виды насилия над детьми, преступления федерального уровня или уровня штата, связанные с сексуальным насилием, или преступления, согласно закону штата признанные Генеральным прокурором в значительной степени схожими с такими преступлениями после 2/7/2014 г.? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Когда: _____

- a. Соблюдаете ли Вы условия испытательного срока, связанного с любым приговором, полученным в результате осуждения за уголовное преступление? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет
- b. Соблюдаете ли вы требования условно-досрочного освобождения, связанные с любым приговором, полученным в результате осуждения за уголовное преступление? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет
- c. Выполнили ли вы успешно **все условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения**, связанные с осуждением за любое уголовное преступление? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет
14. Получали ли Вы или кто-либо из членов домохозяйства выигрыши в лотерею или азартные игры? Да Нет

Если «да»:

Кто: _____ когда: _____ полученная сумма: _____

15. Кто-либо использовал денежные средства TANF или карты EPPIC в местах, перечисленных ниже: винные магазины, казино, комнаты для игры в покер, развлекательные заведения для взрослых, залоговые, ночные клубы/салоны/таверны, залы бинго, ипподромы, магазины оружия/боеприпасов, круизные суда, гадалки, курительные салоны, салоны тату/пирсинга, спа/массажные салоны? (Только для TANF) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____ Когда: _____

16. Кто-либо, подающий заявление на получение льгот, получает алименты в настоящее время? Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Ежемесячная получаемая сумма: _____

Дата заключения или последнего изменения соглашения об алиментах: _____

Расскажите нам о доходе заявителя и всех членов домохозяйства

Получаете ли Вы или те, за кого вы подаёте заявление, какой-либо вид дохода, например: заработную плату, чаевые, премии, доходы от самозанятости, социальное обеспечение/пенсию на железной дороге, другие виды выплат в связи с ограниченными возможностями, пенсии, пособие по безработице или любой другой доход? Для продовольственных талонов (SNAP) и TANF, пожалуйста, укажите также такие виды дохода, как: пенсии ветеранам боевых действий, выплаты на содержание ребенка, деньги от других людей или компенсации работникам. Если да, заполните таблицу ниже.



Отдел по делам
семьи и детей

Заявление на получение льгот

| Имя члена домохозяйства, получающего доход | Тип дохода | Наименование работодателя /источник дохода | Ежемесячная сумма (до вычетов) | Частота получения (ежемесячно, раз в две) | Почасовая оплата | Количество часов в в | ДАТА (Ы) ВЫПЛАТ |
|--|------------|--|--------------------------------|---|------------------|----------------------|-----------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

В случае самозанятости, пожалуйста, укажите ежемесячную сумму расходов на ведение бизнеса:
\$ _____

Расскажите о заявителе и ресурсах всех членов семьи - Для заявителей TANF перечислите все ресурсы всех членов семьи и заявителей Medicaid, которые являются пожилыми (65 лет или старше), слепыми или инвалидами (постоянное расстройство, которое не позволяет Вам работать).

Владеете ли Вы или те, за кого вы подаете заявление, какими-либо ресурсами? Да Нет
Если да, пожалуйста, укажите данные ниже (отметьте все ресурсы (активы), принадлежащие Вам, Вашему супругу, вашим иждивенцам или находящиеся в совместной собственности с кем-либо ещё. Приложите дополнительные страницы, если необходимо).

| | | | |
|--|--|---|--|
| Расчётные счета | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Похоронные планы/предоплата за погребение | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Сберегательные счета | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Участки под захоронение или контракты | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Государственные облигации | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Акции и облигации | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Трастовые фонды | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Прочее (IRA, CD и т. п.) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Недвижимое имущество/домашнее имущество? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | |

Продавали ли Вы или Ваш супруг/-а какое-либо имущество за меньшую сумму, чем его стоимость? Да Нет
Если Вы ответили «да» на любой из вопросов, пожалуйста, заполните таблицу ниже.

| Имя члена домохозяйства, владеющего ресурсом | Тип ресурса | Номер счета/полиса | Стоимость | Наименование банка, страховой компании и т. п. |
|--|-------------|--------------------|-----------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Вы или Ваш супруг/-а владеете транспортным средством? Да Нет
Если «да», пожалуйста, опишите ниже.

| Член домохозяйства, владеющий транспортным средством | Марка транспортного средства | Модель | Год | Сумма к уплате |
|--|------------------------------|--------|-----|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

У вас или вашего супруга/-и есть договор страхования жизни? Да Нет
Если «да», пожалуйста, укажите следующую информацию.

| Имя держателя полиса | Страховая компания | Номер страхового полиса | Номинальная стоимость | Фактическая стоимость |
|----------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |



Отдел по делам
семьи и детей



Заявление на получение льгот

Расскажите нам о расходах заявителя и всех членов домохозяйства (для подающих заявление на Medicaid по желанию)

Оплачиваете ли вы уход за несовершеннолетним ребенком или за нетрудоспособным взрослым? Да Нет

Если **да**, заполните таблицу ниже.

| Лицо, нуждающееся в уходе | Лицо, оплачивающее уход | Причина для ухода | Наименование учреждения/номер | Сумма, выплаченная учреждению | Как часто оплачивается |
|---------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Оплачиваете ли Вы транспортные расходы несовершеннолетнего ребенка или нетрудоспособного взрослого члена домохозяйства? Да Нет

Данные расходы включены в сумму ухода за иждивенцами? Да Нет

Если **«нет»**, ответьте на вопрос: Общее количество миль, проезжаемых в неделю: _____

Выплачивает ли кто-либо из членов домохозяйства алименты на ребенка, живущего вне дома? Да Нет

Если **«да»**, заполните таблицу ниже.

| Член домохозяйства, обязанный платить | Имя ребенка, для которого выплачиваются алименты | Сумма к уплате | Фактически выплаченная сумма | Кому выплачиваются алименты? |
|---------------------------------------|--|----------------|------------------------------|------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Расскажите нам о расходах заявителя и всех членов домохозяйства (для подающих заявление на Medicaid по желанию)

Имеет ли кто-либо в возрасте 60 лет и старше или с ограниченными возможностями медицинские расходы? Да Нет

Если **«да»**, заполните таблицу ниже.

| Член домохозяйства, несущий расходы | Тип расхода (посещение врача, посещение больницы, рецептурные лекарства, страховые взносы на Medicare или медицинскую страховку, очки) | Сумма к уплате | Наличие задолженности? Да/Нет | Дата уплаты | Оплачивается страховкой? Да/Нет |
|-------------------------------------|--|----------------|-------------------------------|-------------|---------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Имеет ли кто-либо в возрасте 60 лет и старше или с ограниченными возможностями расходы на медицинскую транспортировку? Да Нет

Если **«да»**, заполните таблицу ниже.

| Цель поездки (посещение врача или больницы; получение | Общее количество | Стоимость услуг такси, автобуса, проживание: |
|--|------------------|--|
| | | |
| | | |



Отдел по делам
семьи и детей

Заявление на получение льгот

У Вас или у любого члена домохозяйства есть расходы на жилье и коммунальные услуги? Да Нет
Если «да», заполните таблицу ниже.

| Расходы | Сумма | Как часто? | Кто оплачивает? |
|--------------------------|-------|------------|-----------------|
| Аренда/ипотека | | | |
| Налог на имущество | | | |
| Страхование имущества | | | |
| Электричество | | | |
| Газ | | | |
| Вывоз мусора | | | |
| Телефон | | | |
| Прочее | | | |

Вы разделяете ежемесячные бытовые расходы с кем-либо в доме? Да Нет

Если «да», кто? _____

Комментарии/документы _____

Кому выплачено _____ Выплаченная сумма \$ _____ за _____

Имя арендодателя _____

Адрес арендодателя: _____

Кто-то еще оплачивает какие-либо из этих расходов домохозяйства за вас? Да Нет Если «да», заполните таблицу ниже:

| | |
|--------------------------|------------------------------------|
| Кто оплачивает счёт? | Какие счета оплачены? |
| Какова уплаченная сумма? | Кому данное лицо оплачивает счета? |

Пожалуйста, укажите следующие данные, если вы подаете заявление на Medicaid.

Информация о налогоплательщике

- Кто-либо в вашем домохозяйстве планирует подавать налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? Да Нет
Если «да», кто? (укажите каждого, кто планирует подавать) _____
- Будет ли кто-либо из указанных налогоплательщиков подавать налоговую декларацию совместно с супругом/-ой? Да Нет
Если «да», пожалуйста, укажите имя супруга/-и:

- Будет кто-либо заявлять о наличии иждивенцев в налоговой декларации? Да Нет Если «да», укажите имя (имена) иждивенцев _____
- Будет ли кто-то указан в качестве иждивенца в чьей-то налоговой декларации? Да Нет Если да, пожалуйста, укажите имена налогоплательщиков и иждивенцев:
(налогоплательщик) _____
(иждивенец) _____
Кем налоговый иждивенец приходится налогоплательщику? _____

Вычеты: Отметьте все, что применимо, а также укажите суммы и частоту выплат.

- Выплата алиментов \$ _____ Как часто? _____ Проценты по студенческим кредитам \$ _____ Как часто? _____
- Взносы на медицинское страхование, 401К, и другие вычеты до уплаты налогов \$ _____ Как часто? _____
- Иные виды вычетов \$ _____ Как часто? _____ Тип: _____



Отдел по делам
семьи и детей

Заявление на получение льгот

Прочие медицинские страховки

1. Кто-либо имеет другую медицинскую страховку, которая покрывает кого-либо в Вашем домохозяйстве? Да Нет
Если вы ответили «да» на вопрос 4 выше, пожалуйста, заполните следующую таблицу и приложение А:

| Имя держателя полиса | Наименование компании медицинского страхования, адрес и телефон | Тип покрытия (больничное, Medicare дополнительное, лекарства, основное медицинское) | Имена застрахованных | Период действия | Номер полиса |
|----------------------|---|---|----------------------|-----------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

2. Есть ли у кого-либо, указанного в данном заявлении, медицинская страховка с места работы? Выберите «да», даже если страховка не с вашего места работы, например страховка родителя или супруга/-и.
 Да Нет Если «да», вам необходимо заполнить приложение А.
Является ли этот план планом выплат государственным служащим? Да Нет
3. Теряли ли вы или кто-либо, указанный в данном заявлении, медицинскую страховку в течение последних 2 месяцев?
a. Да Если «да», почему это произошло? _____
b. Нет
4. Находился ли кто-либо в приёмной семье в возрасте 18 лет, подавая заявление на Medicaid? Да Нет
5. Кто-либо в вашем домохозяйстве является коренным американцем или коренным жителем Аляски? Да Нет
Если «да», заполните приложение В.

Если кто-либо является пожилым (65 лет и старше), слепым или с ограниченными возможностями (постоянная потеря трудоспособности), пожалуйста, ответьте на вопросы. (необязательно)

1. Кто-либо из подающих заявление на медицинское покрытие является слепым или с ограниченными возможностями?
 Да Нет Если «да», пожалуйста, укажите имя: _____
2. Вы или Ваш супруг/-а в настоящее время имеете страховку Medicare?
 Да Нет Если «да», пожалуйста, укажите имя _____
3. Вы подаете заявление на получение Medicaid для покрытия неоплаченных медицинских счетов за три месяца до подачи заявления на получение субсидии для малоимущих (Supplemental Security Income - SSI)?
 Да Нет Если да, укажите дату заявления на SSI: _____
4. Вы подаете заявление на человека, который уже умер и имел неоплаченные медицинские счета за последние три (3) месяца?
 Да Нет
5. Вы подаете заявление на получение Medicaid, чтобы помочь оплатить уход за человеком, находящимся в доме престарелых?
 Да Нет
6. Вы подаете заявление на получение Medicaid для лица старше 18 лет, чьи выплаты SSI были прекращены?
 Да Нет
7. Вы подаёте заявление на получение программы Medicaid для оплаты услуг, предоставляемых в рамках местных альтернативных программ, таких как Community Care Services (Общественные услуги по уходу), NOW/COMP, Hospice Care (Хосписный уход), Independent Care Waiver (Отказ от независимого ухода) (или Deeming Waiver (Katie Beckett)?
 Да Нет



Заявление на получение льгот

Штрафы в рамках программы продовольственных талонов (SNAP)

Вы можете потерять свои льготы или подвергнуться уголовному преследованию за предоставление заведомо ложной информации.

- Не сообщайте ложные сведения и не скрывайте информацию в целях получения льгот, которые ваше домохозяйство не должно получать.
- Не используйте не принадлежащие вам продовольственные талоны (SNAP) или карты EBT и не позволяйте кому-либо использовать Ваши карты.
- Не используйте продовольственные талоны (SNAP) для покупки непродовольственных товаров, таких как алкоголь или сигареты, или для оплаты задолженности по кредитным картам.
- Не продавайте и не обмениваете продовольственные талоны (SNAP) или карты EBT на запрещенные предметы, такие как огнестрельное оружие, боеприпасы или контролируемые вещества (запрещенные наркотики).

Любой член домохозяйства, намеренно нарушивший любое из правил программы продовольственных талонов (SNAP), может быть исключен из программы продовольственных талонов (SNAP) на срок от одного года до бесконечности, оштрафован на сумму до 250 000 долларов США, заключен в тюрьму на срок до 20 лет или подвергнут обоим наказаниям. Она/он также может быть подвергнута судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата. По решению суда она/он также может быть отстранен от участия в программе продовольственных талонов (SNAP) еще на 18 месяцев.

Любой член домохозяйства, намеренно нарушивший правила, может потерять право на получение продовольственных талонов (SNAP) на один год за первое нарушение, на два года за второе нарушение и навсегда за третье нарушение.

Если суд признает вас или любого члена домохозяйства виновным в использовании или получении продовольственных талонов (SNAP) в сделке по продаже контролируемого вещества, вы или этот член домохозяйства не будет иметь права на получение льгот в течение двух лет за первое правонарушение и навсегда за второе правонарушение.

Если суд признает вас или любого члена домохозяйства виновным в использовании или получении льгот в сделке по продаже огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ, вы или этот член домохозяйства будете навсегда лишены права участвовать в программе продовольственных талонов (SNAP) при первом нарушении.

Если суд признает вас или любого члена домохозяйства виновным в незаконной торговле пособиями на общую сумму 500 долларов США или более, вы или этот член домохозяйства будете навсегда лишены права участвовать в программе продовольственных талонов (SNAP) при первом нарушении.

Если будет установлено, что Вы или любой член домохозяйства дали вводящие в заблуждение сведения или представление в отношении личности (кто он) или места проживания (где он живет) с целью получения многочисленных льгот по программе продовольственных талонов (SNAP), Вы или этот член домохозяйства будете лишены права участвовать в программе продовольственных талонов (SNAP) на 10 лет.

Штрафы в рамках программы TANF

В программе TANF, преднамеренное нарушение программы (Intentional Program Violation - IPV) — это преднамеренное действие лица по установлению или сохранению права поддерживаемой единицы (assistance unit - AU) на льготы, или для увеличения или предотвращения снижения объема льгот, получаемых AU путем предоставления ложной или вводящей в заблуждение информации или сокрытия информации.

- Любой член домохозяйства, скрывающий информацию, не сообщающий вовремя об изменениях или говорящий неправду, лишается пособия TANF на шесть месяцев за первое нарушение, на двенадцать месяцев за второе нарушение и навсегда за третье нарушение. Злоупотребление средствами денежной помощи или дебетовой картой TANF для снятия наличных или совершения операций в казино, винных магазинах, развлекательных заведениях для взрослых «стрип-клубах», покер-комнатах, при уплате залога, в ночных клубах/салонах/тавернах, бинго-залах, ипподромах, игорных заведениях, в магазинах оружия/боеприпасов, на круизных судах, у гадалок, в курительных салонах, тату/пирсинговых салонах, спа/массажных салонах строго запрещено и приведет к потере пособия TANF на шесть месяцев за первое нарушение, двенадцать месяцев за второе нарушение и навсегда за третье нарушение.
- Если суд установит, что Вы или любой член домохозяйства скрываете информацию, не сообщаете вовремя об изменениях или говорите неправду и осуждены, вы не сможете получить TANF в течение 6 месяцев за первое нарушение, 12 месяцев за второе нарушение и навсегда за третье нарушение.
- Если суд признает Вас или любого члена домохозяйства виновным в предоставлении ложной информации о месте проживания с целью получения льгот более чем в одном штате, вы будете лишены права на получение льгот в течение 10 лет.
- Если 1/1/1997 или после этой даты суд признал вас виновным в преступлении, связанном с наркотиками, контролируруемыми веществами или в тяжком насильственном преступлении, вы или этот член домохозяйства не будете иметь права на участие в программе и (или) будете дисквалифицированы навсегда.



Заявление на получение льгот

Для всех заявителей на программы продовольственных талонов (SNAP), TANF, и Medicaid:

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, по моему убеждению и в меру моей осведомленности, что лицо (лица), в отношении которых я подаю заявление на получение пособия, является (являются) гражданином (гражданами) США или не гражданином (не гражданами) США, законно пребывающим (пребывающими) в Соединенных Штатах. Я также подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю и согласен с тем, что DHS-DFCS (Департамент внутренней безопасности - Отдел служб по делам семьи и детей), DCH (Департамент общественного здравоохранения) и уполномоченные федеральные агентства могут проверить информацию, указанную мной в данном заявлении. Информация может быть получена от прошлых или настоящих работодателей. Я понимаю, что мои данные будут использоваться для отслеживания информации о заработной плате и моем участии в трудовой деятельности.

Я буду сообщать о любых изменениях в моей ситуации в соответствии с требованиями программы Food Stamp (SNAP) и (или) TANF. Я также сообщу, если кто-либо в моем домохозяйстве получит выигрыш в лотерею или азартные игры, общая сумма которого составляет \$4250 или более (до удержания налогов или других сумм). Я сообщу об этих выигрышах в течение 10 дней после окончания месяца, в котором мое домохозяйство получило выигрыш. Я понимаю, что, если какая-либо информация окажется неверной, мои льготы могут быть уменьшены или отменены, а за сознательное предоставление неверной информации я могу быть подвергнут уголовному преследованию или лишен права участвовать в программах DHS-DFCS. Я понимаю, что я могу быть привлечен к ответственности за предоставление ложной информации или её сокрытие. Я понимаю, что, если я не сообщу DHS-DFCS о некоторых своих расходах в процессе подачи заявления или продления участия в программе и (или) не подтверждаю их, DHS-DFCS не будет учитывать эти расходы при расчете размера моих льгот SNAP.

Департамент социального обеспечения штата Джорджия («DHS») собирает информацию, позволяющую установить личность (PII), такую как имена, адреса, номера телефонов, адреса электронной почты, даты рождения и т. д., во время подачи Вашего заявления на пособие. Предоставляя нам любую личную информацию, Вы соглашаетесь с тем, что мы можем собирать, использовать и раскрывать любую такую личную информацию в соответствии с правилами, процедурами DHS, а также в соответствии с требованиями или разрешениями закона и (или) нормативных актов.

Подпись заявителя

Дата

Подпись уполномоченного представителя

Дата

ИНФОРМАЦИЯ О РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЕЙ

Если вы не зарегистрировались для голосования по месту жительства, хотите ли вы подать заявление о регистрации избирателя сейчас?

_____ Да

_____ Нет

_____ Я не хочу отвечать на вопросы о регистрации избирателей

Подача заявления на регистрацию или отказ от регистрации для участия в голосовании не повлияет на объем помощи, которую Вам окажет данное учреждение.

Если Вам нужна помощь в заполнении заявления о регистрации избирателя, мы можем Вам помочь. Решение о просьбе и принятии помощи принимаете Вы. Вы можете заполнить форму заявления без присутствия посторонних.

Если вы считаете, что кто-то нарушил Ваше право на регистрацию или отказ от регистрации избирателя, Ваше право на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или подаче заявления о регистрации избирателя, или ваше право выбора политической партии или других политических предпочтений, Вы можете подать жалобу Секретарю штата (Secretary of State) по адресу 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 или по телефону (404) 656-2871.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ВЫБРАЛИ НИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ, БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ГОЛОСОВАНИИ В ЭТОТ РАЗ.

Копия заявления о регистрации избирателя штата Джорджия прилагается к заявлениям, продлениям и формам смены адреса DFCS. Вы также можете запросить заявление о регистрации избирателя у своего социального работника. Если Вы заполнили заявление о регистрации избирателя, подайте его в офис Секретаря штата Джорджия, следуя инструкциям, приведенным в заявлении о регистрации избирателя.



Заявление на получение льгот

(Сохраните эти документы для себя)

Что означают слова, используемые в этом заявлении?

В этой таблице объясняются слова, которые мы использовали в этом приложении.

| | |
|---|--|
| Заявитель | Лицо, желающее подать заявление или получать социальную помощь или льготы. |
| Поддерживаемая единица (AU) | Термин «поддерживаемая единица» включает в себя лиц, соответствующих критериям, живущих вместе и получающих социальную помощь/льготы. |
| Попечитель | Родитель, родственник или законный опекун, который подает заявление и получает TANF с детьми на его (её) попечении. |
| Дисквалификация | Действие, предпринятое для исключения лица из дела по продовольственным талонам (SNAP) или TANF по причине предоставления ложных сведений и получения льгот, которые ему не полагаются. |
| Электронный перевод льгот (ЕВТ) | Система, используемая в Джорджии для выплаты льгот лицам, имеющим право на получение продовольственных талонов (SNAP). Лицам, получающим помощь, выдается дебетовая карта EBT, которая используется для доступа к счетам продовольственных талонов (SNAP). |
| Электронные средства связи | <p>Вам предоставляется возможность выбирать, как вы хотите получать уведомления о своем деле. Если вы выберете получение уведомлений по электронной почте или с помощью текстовых сообщений, вы будете получать сообщения о том, что у вас есть уведомление в разделе «Мои уведомления», расположенном на портале для клиентов GA Gateway.</p> <p>Для связи по электронной почте вы должны предоставить нам ваш адрес электронной почты и принять положения и условия для безбумажных уведомлений, которые можно найти на портале для клиентов GA Gateway после создания учетной записи. Пожалуйста, посетите веб-сайт портала для клиентов GA Gateway по адресу www.gateway.ga.gov, чтобы обновить настройки уведомлений.</p> <p>Для текстовых сообщений Вы должны предоставить нам номер своего телефона. Могут применяться стандартные тарифы для сообщений и данных. Тарифы разных операторов связи могут отличаться, пожалуйста, уточните эту информацию у своего провайдера.</p> |
| EPPIC дебетовая карта MasterCard | Штат Джорджия применяет удобный «электронный» вариант оплаты для получателей TANF под названием EPPIC дебетовая карта MasterCard. При таком варианте оплаты деньги поступают на счет получателя в первый календарный день месяца. Если первый день выпадает на выходные или праздничные дни, льготы переводятся на карту в последний рабочий день предыдущего месяца. Получатель имеет немедленный доступ к своим средствам, поскольку средства загружаются на дебетовую карту MasterCard электронным способом. |
| Родственник грантополучателя | Родитель, родственник или законный опекун, подающий заявление и получающий льготы TANF на свое имя от имени своих детей. |
| Валовый доход | Общая сумма дохода лица до учета налоговых и других вычетов. |
| Члены домохозяйства | Лица, проживающие в Вашем доме. Для программы продовольственных талонов (SNAP): люди, проживающие вместе и осуществляющие вместе приготовление еды. |
| Доход | Выплаты, такие как заработная плата, оклад, комиссионные, премии, компенсация работникам, пенсии по инвалидности, пенсия, пенсионные выплаты, банковские проценты, алименты или любая другая форма полученных денег. |
| Закон о налоговых льготах для среднего класса от 2012 года | Данный закон запрещает использование средств денежной помощи или дебетовых карт TANF для снятия наличных или совершения транзакций в казино, винных магазинах, развлекательных заведениях для взрослых, комнатах для покера, залоговых облигациях, ночных клубах/салонах/тавернах, залах бинго, ипподромах, игровых заведениях, магазинах оружия/боеприпасов, круизных лайнерах, для оплаты услуг экстрасенсов, магазинах для курения, салонах татуировок/пирсинга и спа/массажных салонах. Использование средств денежной помощи или дебетовой карты TANF в указанных заведениях будет представлять собой преднамеренное нарушение программы (мошенничество) со стороны получателя пособия. |
| Сельскохозяйственные рабочие-мигранты | Лица, являющиеся сезонными сельскохозяйственными рабочими и перемещающиеся с одного места жительства на другое для продолжения или поиска работы в области сельского хозяйства. |
| Незаявитель | Лицо, которое НЕ подает заявление или не получает государственную помощь/льготы. Лица, не подающие заявление, не обязаны предоставлять номер социального страхования, сведения о гражданстве или иммиграционном статусе. |



Заявление на получение льгот

| | |
|---|--|
| <p>Соответствующий критериям иностранец/иммигрант</p> | <p>Соответствующий критериям иностранец/иммигрант - это лицо, находящееся на территории США на законных основаниях и попадающее в одну из следующих категорий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лицо, законно принятое на постоянное жительство (LPR) в соответствии с Законом об иммиграции и гражданстве (Immigration and Nationality Act - INA); • Американский иммигрант в соответствии с разделом 584 Закона об ассигнованиях на иностранные операции, экспортное финансирование и связанные программы от 1988 года; • лицо, получившее убежище в соответствии с разделом 208 INA; • беженцы, принятые в соответствии с разделом 207 INA; • Лицо, досрочно освобожденное в качестве беженца или вынужденного переселенца в соответствии с разделом 212 (d)(5) INA; ; • лицо, депортация которого отложена в соответствии с разделом 243(h) INA, действовавшим до 1 апреля 1997 года, или разделом 241(b)(3) INA с поправками; • лицо, которому предоставлен условный въезд в соответствии с разделом 203(a)(7) INA, действовавшим до 1 апреля 1980 г; • кубинские или гаитянские иммигранты, как определено в разделе 501(e) Закона о помощи в обучении беженцев от 1980 года; • Жертвы торговли людьми в соответствии с разделом 107(b)(1) Закона о защите жертв торговли людьми 2000 года; • подвергшиеся побоям иммигранты, соответствующие условиям, изложенным в разделе 431 (c) Закона о персональной ответственности и расширении возможностей для трудоустройства от 1996 года, с поправками; • иммигранты из <i>Афганистана</i> или <i>Ирака</i>, получившие специальный иммиграционный статус в соответствии с разделом 101(a)(27) INA (при соблюдении определенных условий); • Американские индейцы, рожденные в Канаде и проживающие в США в соответствии с разделом 289 INA, или неграждане федерально признанных индейских племен в соответствии с разделом 4(e) Закона о самоопределении индейцев и помощи в получении образования и • члены племени хмонг или горных лаосцев, которые оказали помощь американскому персоналу, приняв участие в военной или спасательной операции во времена войны во Вьетнаме (8/05/1964 - 5/07/1975). <p>для лиц, подающих заявление только на получение медицинской помощи, Договор о свободной ассоциации (Compact of Free Association - COFA) - это граждане Федеративных Штатов Микронезии, Республики Маршалловы острова и Республики Палау. Мигранты COFA не должны соответствовать 5-летнему критерию.</p> |
| <p>Ресурсы</p> | <p>Денежные средства, имущество или активы, такие как банковские счета, транспортные средства, акции, долговые обязательства и страхование жизни.</p> |
| <p>Сезонные сельскохозяйственные рабочие</p> | <p>Лица, которые работают в определенное время года на посадке, сборе или упаковке продукции. Их нанимают на временной основе, когда для выполнения работы требуется больше работников, чем хозяйство нанимает на постоянной основе.</p> |
| <p>Торговля в программе продовольственных талонов (SNAP)</p> | <p>Торговля льготами SNAP означает: (1) покупку, продажу, кражу или иной обмен льгот SNAP, выданных и доступных через карты EBT, номеров карт и PIN-кодов или рукописных ваучеров с подписью на НАЛИЧНЫЕ ДЕНЬГИ или иное вознаграждение, кроме соответствующих требованиям продуктов питания, прямо, косвенно, в соучастии или сговоре с другими, а также действуя самостоятельно; (2) обмен на огнестрельное оружие, боеприпасы, взрывчатые или контролируемые вещества; (3) покупка на льготы SNAP продукта, имеющего контейнер, требующий возврата залога, с целью получения наличных денег путем выбрасывания продукта и возврата контейнера за сумму залога, намеренное выбрасывание продукта и намеренное возвращение контейнера за сумму залога; (4) покупка продукта на льготы SNAP с намерением получить наличные деньги или вознаграждение, отличное от соответствующих продуктов питания, путем перепродажи продукта, и последующая намеренная перепродажа продукта, купленного на пособия SNAP, в обмен на наличные деньги или вознаграждение, отличное от соответствующих продуктов питания; (5) намеренное приобретение продуктов, первоначально купленных на льготы SNAP, в обмен на наличные деньги или иное вознаграждение, не относящееся к продуктам питания; (6) попытка купить, продать, украсть или иным образом повлиять на обмен льгот SNAP, выданных и доступных через электронные карты перечисления льгот (EBT), номера карт и персональные идентификационные номера (PIN), или через ручной ваучер и подписи, на наличные деньги или вознаграждение, отличное от соответствующих продуктов питания, прямо, косвенно, в соучастии или сговоре с другими, или действуя в одиночку.</p> |

Для всех заявителей на получение Medicaid:

Чтобы сообщить о возможных случаях мошенничества и злоупотребления Medicaid в отношении получателей или поставщиков, позвоните в офис главного инспектора Управления общественного здравоохранения штата Джорджия по телефону (местная линия) (404) 463-7590 или (бесплатная линия) (800) 533-0686; отправьте письмо на электронную почту oiganonymous@dch.ga.gov; отправьте обычной почтой по адресу Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; или посетите <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

Уведомление о правах ADA (Закон об американцах с ограниченными возможностями) /раздел 504

Поддержка лиц с ограниченными возможностями

Согласно федеральному закону, Департамент, социальной защиты и Департамент общественного здравоохранения штата Джорджия («Департаменты») обязаны предоставлять лицам с ограниченными возможностями равные права на участие и соответствие программам Департаментов, услугам или мероприятиям. В число этих программ входят такие программы как SNAP, TANF и программа медицинской поддержки.

Департаменты обеспечивают разумные модификации в случаях, когда модификации необходимы во избежание дискриминации лиц с ограниченными возможностями. Например, мы можем изменить протоколы, практики или процедуры для обеспечения предоставления равного доступа. С целью обеспечения равной степени эффективной коммуникации мы предоставляем людям с ограниченными возможностями или сопровождающим их лицам услуги коммуникационной помощи, такие как услуги переводчиков языка жестов. Наша помощь предоставляется бесплатно. Департаменты не обязаны осуществлять модификации, приводящие к фундаментальному изменению природы услуги, программы или мероприятия или к чрезмерным финансовым или административным обременениям.

Как запросить разумные модификации или коммуникационную помощь

Пожалуйста, свяжитесь с сотрудником, занимающимся вашим делом, если у Вас ограниченные возможности и Вы нуждаетесь в разумных модификациях, коммуникационной поддержке или дополнительной помощи. Так, звоните в случае, если Вам нужна помощь или поддержка для эффективной коммуникации, такая, как переводчик языка жестов. Вы можете связаться со своим работником или позвонить в DFCS по телефону (877) 423-4746 или в DCH Кейти Бекетт (KB) группу по телефону (678) 248-7449 для того, чтобы сделать запрос. Вы также можете сделать запрос, используя форму заявления DFCS ADA на предоставление разумных модификаций (Reasonable Modification Request Form), которая доступна в местном офисе DFCS или онлайн по ссылке <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, также вы можете получить бланк заявления DFCS ADA на предоставление разумных модификаций от группы KB или онлайн <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, но использование этой формы не обязательно.

Как подать жалобу

Вы имеете право подать жалобу, если Департаменты дискриминировали Вас по причине Ваших ограниченных возможностей. Например, Вы можете подать жалобу о дискриминации в случае отклонения или несвоевременного ответа на запрос разумных модификаций или услуг переводчика языка жестов. Вы можете подать жалобу в устном или в письменном виде, связавшись с Вашим работником, местным офисом DFCS, или с координатором DFCS по гражданским правам, ADA/Разделу 504 по адресу 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Для DCH, свяжитесь с координатором группы KB ADA/Раздел 504 по адресу 2211 Beaver Ruin Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, или PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. Электронная почта DCH: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Вы можете запросить у своего работника копию бланка жалобы DFCS (ADA/Раздел 504) о нарушении гражданских прав. Форма на подачу жалобы также доступна на сайте <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Если вам нужна помощь по подаче жалобы о дискриминации, Вы можете обратиться к сотрудникам DFCS, перечисленным выше. Глухие или слабослышащие лица, а также лица с нарушениями речи могут позвонить по номеру 711, чтобы оператор связался с нами. Электронная почта для жалоб по гражданским правам в DCH: dch.civilrights@dch.ga.gov. Ссылку на процесс и форму жалобы по гражданским правам в DCH можно найти по адресу: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Вы также можете подать жалобу о дискриминации в соответствующее федеральное агентство. Контактная информация Министерства сельского хозяйства США (USDA) и Министерства здравоохранения и социальной защиты (HHS) находится в прилагающемся «Совместном заявлении о недискриминации USDA-HHS».

Раздел 504 Закона о реабилитации 1973 года; Закон об американцах с ограниченными возможностями 1990 года; и Закон о поправках к Закону об американцах с ограниченными возможностями 2008 года обеспечивают людям с ограниченными возможностями свободу от незаконной дискриминации.

Согласно правилам и положениям **Департамента общественного здравоохранения (DCH)**, программа медицинской поддержки не может отказать вам в праве на получение льгот в связи с расой, возрастом, полом, ограниченными возможностями, этническим происхождением или религиозными верованиями.

Не отправляйте заявления USDA или HHS

Положение о недискриминации

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и положений и политики в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA) USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозного вероисповедания, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также запрещаются репрессии или преследования за предыдущую деятельность в области гражданских прав в рамках любой программы или деятельности, осуществляемой или финансируемой USDA. В рамках программ, получающих федеральную финансовую помощь от Департамента здравоохранения и социальных служб (HHS) США, таких как программ временной помощи нуждающимся семьям (TANF) и программ, которыми непосредственно управляет HHS, также запрещается дискриминация в соответствии с федеральными законами о гражданских правах и правилами HHS.

Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в агентство (штата или местное), где они подавали заявление на получение пособий. Лица, являющиеся глухими, слабослышащими или страдающие нарушениями речи могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна также на других языках, а не только на английском.

ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ USDA

USDA предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ продовольственной безопасности и борьбы с голодом, таких как Программа дополнительной помощи в питании (SNAP), Программа распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) и другие. Для подачи жалобы о дискриминации по программе заполните форму жалобы о дискриминации по программе (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-28-17Fax2Mail.pdf, а также в любом офисе USDA или напишите письмо на имя USDA и предоставьте в письме всю информацию, указанную в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Вы можете отправить заполненную форму или письмо в USDA

1. **по почте:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314;
2. **или по факсу:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442;
3. **или по телефону:** (833) 620-1071;
4. **или по электронной почте:** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

За любой другой информацией по вопросам SNAP следует обращаться на горячую линию USDA SNAP по номеру (800) 221-5689, которая также работает на испанском языке, или звонить по номерам [информационных/горячих линий штатов](#) (нажмите на ссылку для получения списка номеров горячих линий по штатам); их можно найти в Интернете по адресу: [SNAP горячая линия](#)

ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ HHS

HHS предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ, направленных на укрепление здоровья и благополучия, включая TANF, Head Start, Программу помощи по энергоснабжению домов с низким доходом (LIHEAP) и другие. Если вы считаете, что вы подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола (включая беременность, сексуальной ориентации и гендерной идентичности) или религии в рамках программ или мероприятий, которыми непосредственно управляет HHS или которым HHS предоставляет федеральную финансовую помощь, вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (OCR) за себя или за кого-то другого.

Чтобы подать жалобу о дискриминации для себя или другого лица в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через HHS, заполните форму в режиме онлайн на портале жалоб OCR по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Вы также можете связаться с OCR по почте по адресу: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; по факсу: (202) 619-3818; или по электронной почте: OCRmail@hhs.gov. Для ускорения рассмотрения мы рекомендуем вам использовать онлайн-портал OCR для подачи жалоб, а не отправлять их по почте. Лица, которым нужна помощь в подаче жалобы на нарушение гражданских прав, могут написать в OCR по адресу OCRMail@hhs.gov или позвонить в OCR по бесплатному телефону 1-800-368-1019, TDD (текстофон) 1-800-537-7697. Глухим, слабослышащим или имеющим проблемы с речью людям предлагается набрать номер 7-1-1, чтобы получить доступ к услугам телекоммуникационной ретрансляции. Мы также бесплатно предоставляем альтернативные форматы (например, шрифт Брайля и крупный шрифт), вспомогательные средства и услуги языковой помощи при подаче жалобы.

Это учреждение предоставляет равные возможности.

При Департаменте социальных служб (DHS) Вы также можете подать другие жалобы о дискриминации, обратившись в местный офис DFCS или к координатору по гражданским правам и ADA/раздел 504 DFCS по адресу: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Для подачи жалоб о дискриминации на основании ограниченного владения английским языком обращайтесь в Программу DHS по вопросам ограниченного владения английским языком и сенсорных нарушений по адресу: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303 или позвоните по телефону (877) 423-4746.

Не отправляйте заявления USDA или HHS