

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR		
CASE NAME				EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):				DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):		DATE	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION			
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY:		<input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT		<input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____		REASON CODE			
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD					
FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO	

ФОРМА ЗАЯВКИ НА ПОВТОРНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРАВ НА ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ЛЬГОТЫ И УСЛУГИ В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК

Для незрячих и слабовидящих: если вам требуется эта заявка на повторное подтверждение прав в альтернативном формате, вы можете запросить соответствующий формат в районном отделении службы социальной защиты населения. Подробнее о доступных форматах и о том, как запросить заявку на повторную сертификацию в альтернативном формате, см. в инструкциях по заполнению заявки (PUB-1313 Statewide) на сайте www.otda.ny.gov или <https://www.health.ny.gov/>.

Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение, хотите ли вы получать письменные уведомления в альтернативном формате? Да Нет

Если да, выберите нужный формат:

Крупный шрифт Компакт-диск с данными

Аудиодиск Шрифт Брайля, если вы укажете, что он лучше подходит для вас, чем другие альтернативные форматы

Если вам требуются другие специальные условия или другая помощь в заполнении этого заявления, обратитесь в свое районное отделение службы социальной защиты населения.

Мы стремимся оказывать вам профессиональную и уважительную помощь и поддержку. Термин «Государственное пособие» (Public Assistance, PA), используемый в настоящей заявке на повторное подтверждение прав, обозначает «Семейную помощь» (Family Assistance) и «Социальную помощь» (Safety Net Assistance). В отношении обеих программ используется один термин — «Государственное пособие». **При заполнении данной заявки на повторное подтверждение прав обратитесь к инструкции (PUB-1313 Statewide) и книгам 1, 2 и 3 «Что нужно знать» (LDSS-4148A, LDSS-4148B и LDSS-4148C), а по всем вопросам обращайтесь в свое районное отделение службы социальной защиты населения.**

Аббревиатура «МА», присутствующая в заявке на повторное подтверждение прав, обозначает программу Medicaid. Вы можете подать заявление на участие в программе МА, заполнив настоящую заявку на повторное подтверждение прав, только в том случае, если вы также подаете заявление на участие в программе «Государственное пособие» или в Программе дополнительного питания (SNAP). Если вы хотите подать заявку на повторную сертификацию только в связи с МА, зайдите на страницу <https://nystateofhealth.ny.gov/> и/или позвоните по телефону 1-855-355-5777, чтобы получить дополнительную информацию или подать заявку. Вы также можете воспользоваться бумажной формой заявления только для программы МА – DOH-4220, которую можно запросить у курирующего вас социального работника, или позвонить на горячую линию программы МА по телефону 1-800-541-2831. Если вы хотите подать заявку на повторное подтверждение прав только в связи с участием в программе Medicare Savings Program (MSP), вам необходимо подать форму DOH-4328, которую можно запросить у курирующего вас социального работника. Если вам необходима экстренная помощь с персональным уходом, необходимо подать отдельное заявление на участие в программе МА, используя форму заявления DOH-4220 МА.

РАЗДЕЛ 1 ОТМЕТЬТЕ КАЖДУЮ ПРОГРАММУ, ПРАВО НА УЧАСТИЕ В КОТОРОЙ ПОВТОРНО ПОДТВЕРЖДАЕТЕ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЙ ЧЛЕН ВАШЕЙ СЕМЬИ		<input type="checkbox"/> Государственное пособие (РА) <input type="checkbox"/> Программа дополнительного питания (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) и SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) и RA						
РАЗДЕЛ 2.							РАЗДЕЛ 5. ПРИМЕНИМО ЛИ К ВАМ КАКОЕ-ЛИБО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПОЛОЖЕНИЙ?	
КАКОВ ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК? <input type="checkbox"/> АНГЛИЙСКИЙ <input type="checkbox"/> ИСПАНСКИЙ <input type="checkbox"/> ДРУГОЙ (укажите) _____			ЯЗЫК ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЙ: <input type="checkbox"/> ТОЛЬКО АНГЛИЙСКИЙ <input type="checkbox"/> АНГЛИЙСКИЙ И ИСПАНСКИЙ					<input type="checkbox"/> Беременность 1
РАЗДЕЛ 3								<input type="checkbox"/> Жертва бытового насилия 2
ИНФОРМАЦИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ			ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО, ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ					<input type="checkbox"/> Необходимость установления родительских прав 3
ИМЯ	СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ФАМИЛИЯ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД РЕГИОНА	ЭТО МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			<input type="checkbox"/> Потребность в алиментах на ребенка 4
НОМЕР ДОМА, УЛИЦА		КВАРТИРА №	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		<input type="checkbox"/> Проблема с наркотиками/алкоголем 5
ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ ЧЕРЕЗ (ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ПОЧТУ ЧЕРЕЗ ДРУГОЕ ЛИЦО)								<input type="checkbox"/> Прекращение подачи топлива или оказания коммунальных услуг 6
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО)		КВАРТИРА №	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		<input type="checkbox"/> Негде жить/бездомность 7
КАК ДОЛГО ВЫ ЖИВЕТЕ ПО ТЕКУЩЕМУ АДРЕСУ?	ЛЕТ	МЕСЯЦЕВ	ПРОЖИВАЕТЕ ЛИ ВЫ В ПРИЮТЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ТЕЛЕФОН ДЛЯ СВЯЗИ С ВАМИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД РЕГИОНА	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)		<input type="checkbox"/> Пожар или другое стихийное бедствие 8
УКАЗАНИЯ ПО ТЕКУЩЕМУ АДРЕСУ								<input type="checkbox"/> Отсутствие дохода 9
ПРЕДЫДУЩИЙ АДРЕС		КВАРТИРА №	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	<input type="checkbox"/> Серьезные медицинские проблемы 10	
ЕСЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ИМЕЕТЕ ЖИЛЬЯ, ПОСТАВЬТЕ ОТМЕТКУ ЗДЕСЬ <input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> В ожидании выселения 11	
АГЕНТСТВО, ОКАЗЫВАЮЩЕЕ ПОМОЩЬ ЗАЯВИТЕЛЮ/КОНТАКТНОЕ ЛИЦО					НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД РЕГИОНА		<input type="checkbox"/> Нет еды 12	
ХОТИТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ, ИЗЛОЖЕННОЙ В РАЗДЕЛЕ MEDICAID ЭТОЙ ЗАЯВКИ НА ПОВТОРНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРАВ, А ТАКЖЕ О ВАШЕМ ВОЗМОЖНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ MEDICAID, СОБЛЮДАЛАСЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ							<input type="checkbox"/> Требуется патронатное воспитание 13	
ПЕРЕЧИСЛИТЕ, ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ С МОМЕНТА ВАШЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ ИЛИ ПОСЛЕДНЕГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПРАВ (например, вы переехали, у вас родился ребенок, изменился доход и т. д.) _____							<input type="checkbox"/> Требуется уход за ребенком 14	
РАЗДЕЛ 4. Если вы подаете заявку на продление участия в программе SNAP. Вы можете подать заявку на повторное подтверждение прав в день ее получения. Чтобы подать заявку на повторное подтверждение прав на участие в программе SNAP, она должна содержать по меньшей мере ваше имя, адрес (если он у вас есть) и быть подписана в нижней части. Вы должны завершить всю процедуру повторного подтверждения прав, включая подписание последней страницы заявки на повторное подтверждение прав и прохождение собеседования. Если вы имеете на это право, вы получите пособия SNAP по состоянию на дату подачи заявки на повторное подтверждение прав. В течение 30 дней с момента подачи заявки на повторное подтверждение прав на пособия SNAP вам должны сообщить, была ли ваша заявка одобрена или отклонена. Если ваша семья имеет небольшой доход или не имеет ликвидных средств, или если ваши расходы на аренду и коммунальные услуги превышают ваш доход и ликвидные средства, вы можете иметь право на получение пособий SNAP в течение пяти календарных дней с даты подачи заявления. Если вы проживаете в специализированном учреждении и подаете заявку на повторное подтверждение прав для получения пособий по Программе предоставления дополнительного гарантированного дохода (Supplemental Security Income, SSI) и SNAP до того, как покинуть учреждение, то датой подачи заявки на повторное подтверждение прав считается дата прекращения пребывания в учреждении.							<input type="checkbox"/> Проблемы с английским языком 15	
ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОСОБИЙ SNAP/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ				ДАТА ПОДПИСАНИЯ			<input type="checkbox"/> Разумные приспособления 16	
x							<input type="checkbox"/> Другое _____ 17	

РАЗДЕЛ 6. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ. Укажите всех лиц, которые <i>проживают</i> с вами, даже если они не подают заявку на повторное подтверждение прав вместе с вами. В первой строке укажите себя.											Осуществляет ли это лицо (в том числе несовершеннолетние дети) покупку продуктов питания и приготовление пищи совместно с вами? Сколько классов школы закончено								
RI	LN	Имя, средний инициал, фамилия			Это лицо подает заявку на повторное подтверждение прав для участия в следующих программах:			Дата рождения: (ДД/ММ/ГГГГ)	Пол: (М/Ж/Х)	Гендерная идентичность (необязательно) (мужчина, женщина, небинарный, Х, трансгендер, другая идентичность (поясните))	Степень родства с вами:	Номер социального страхования членов семьи, <u>подающих заявку на повторное подтверждение прав</u> <small>(Если у вас есть вопросы, см. книгу с инструкциями (публикация PUB-1313 Statewide) или обратитесь в свое районное отделение службы социальной защиты населения)</small>							
			PA	SNAP	MA						я		ДА	НЕТ					
	01																		
	02																		
	03																		
	04																		
	05																		
	06																		
	07																		
	08																		
УКАЖИТЕ ДЕВИЧЬИ ФАМИЛИИ ИЛИ ДРУГИЕ ИМЕНА В ОТНОШЕНИИ СЕБЯ И ДРУГИХ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ		№ строки	ONC	ИМЯ			СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ		ФАМИЛИЯ										
		№ строки	ONC	ИМЯ			СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ		ФАМИЛИЯ										
РАЗДЕЛ 7																			
КТО-НИБУДЬ ПЕРЕЕХАЛ К ВАМ ДОМОЙ ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ НИЖЕ.					ПРОЖИВАЛ ЛИ ОН ИЛИ ОНА В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК ДО НАСТОЯЩЕГО МОМЕНТА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ					КТО-НИБУДЬ СЪЕХАЛ ИЗ ВАШЕГО ДОМА ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ НИЖЕ.									
ИМЯ, ФАМИЛИЯ					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ					ИМЯ, ФАМИЛИЯ					КОГДА?				
ИМЯ, ФАМИЛИЯ					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ					ИМЯ, ФАМИЛИЯ					КОГДА?				
IS ANYONE SANCTIONED?			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			IF YES, WHO			REASON			END DATE							
NON-APPLICANT INFORMATION																			
LN	FIRST NAME				LAST NAME				LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?			CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME		CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD			
									YES	NO									
NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION										INDIVIDUAL EDUCATION					CONSIDER				
LN	NON-CITIZEN STATUS				STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED		LN	DEGREE RECEIVED	
					YES	NO	MONT H	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO	01			05		
														02			06		
														03			07		
														04			08		
✓ RCA/RMA REFERRAL																			

Просим внимательно прочесть эту страницу полностью, прежде чем заполнять ее. Если у вас есть вопросы, см. книгу с инструкциями (публикация PUB-1313 Statewide) или обратитесь в районное отделение службы социальной защиты населения.

РАЗДЕЛ 9. НАЛИЧИЕ ГРАЖДАНСТВА/НЕГРАЖДАНИН(-НКА) С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ

РАЗДЕЛ 10. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ, КТО ПОДАЕТ ИЛИ ДОЛЖЕН ПОДАТЬ ЗАЯВКУ НА ПОВТОРНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРАВ.

В некоторых программах социального обслуживания требуется подтверждение того, что вы являетесь гражданином США, коренным американцем, подданным США или негражданином с допустимым иммигрантским статусом. Другие программы не предусматривают такое требование.

Вы **ДОЛЖНЫ** подписать приведенное ниже подтверждение только в случае, если вы являетесь гражданином США, коренным американцем, подданным США или негражданином с допустимым иммигрантским статусом и вы подаете заявку на повторное подтверждение прав в связи со следующим:

- Государственное пособие, или
- Программа дополнительного питания, или
- Medicaid

Любой совершеннолетний член семьи или уполномоченный представитель может подписать подтверждение за всех подающих заявление членов семьи. Пример. Родитель, не имеющий допустимого иммигрантского статуса негражданина, может подписать подтверждение за ребенка, имеющего допустимый иммигрантский статус негражданина.

NEEDED

REFERRALS

COMPLETED

Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)

В заявке на повторное подтверждение прав на участие в программе SNAP должны быть указаны все лица, проживающие в семье, претендующей на льготы SNAP. В заявке на повторное подтверждение прав на получение PA должны быть перечислены все дети, в отношении которых подается заявка на повторное подтверждение прав, их братья и сестры, а также все родители этих детей, проживающие вместе. Если вы не отметите, является ли указанное в списке лицо гражданином США, подданным США или негражданином с допустимым иммигрантским статусом, или не предоставите регистрационный номер Службы гражданства и иммиграции США (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) или номер негражданина (если применимо), помощь этому лицу не будет оказана, а остальные члены домохозяйства будут получать льготы в меньшем объеме. Если вы являетесь коренным американцем, отметьте пункт «Гражданин/подданный».

ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ* И ДАТУ В СООТВЕТСТВУЮЩИХ ПОЛЯХ НИЖЕ ДЛЯ КАЖДОГО ЗАЯВИТЕЛЯ.

В случае подачи заявки на повторное подтверждение прав негражданином, имеющим допустимый иммигрантский статус, отметьте программы, в контексте условий которых каждый подающий заявку на повторное подтверждение прав негражданин имеет допустимый иммиграционный статус. (См. книгу с инструкциями Pub-1313 Statewide.)

Строка	ИМЯ	Ср. иниц.	ФАМИЛИЯ	Отметьте либо «ГРАЖДАНИН/ПОДДАННЫЙ», либо «НЕГРАЖДАНИН» для каждого лица.		НОМЕР USCIS (РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР ИНОСТРАНЦА) ИЛИ НОМЕР НЕГРАЖДАНИНА (если применимо)										ПОДТВЕРЖДЕНИЕ	ДАТА	PA	S N A P	MA					
				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/УРОЖЕНЕЦ ТЕРРИТОРИИ США	<input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A																			
01				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/УРОЖЕНЕЦ ТЕРРИТОРИИ США	<input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A														Подпись X					
02				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/УРОЖЕНЕЦ ТЕРРИТОРИИ США	<input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A														Подпись X					
03				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/УРОЖЕНЕЦ ТЕРРИТОРИИ США	<input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A														Подпись X					
04				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/УРОЖЕНЕЦ ТЕРРИТОРИИ США	<input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A														Подпись X					
05				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/УРОЖЕНЕЦ ТЕРРИТОРИИ США	<input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A														Подпись X					
06				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/УРОЖЕНЕЦ ТЕРРИТОРИИ США	<input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A														Подпись X					
07				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/УРОЖЕНЕЦ ТЕРРИТОРИИ США	<input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A														Подпись X					
08				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/УРОЖЕНЕЦ ТЕРРИТОРИИ США	<input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A														Подпись X					

Ставя отметку в поле выше и подписывая подтверждение в Разделе 10, я подтверждаю под страхом наказания за предоставление заведомо ложной информации, что я и/или лица, за которых я подписываюсь, являюсь(-ются) гражданином(-ами) Соединенных Штатов Америки, коренным(-и) жителем(-ями) Америки или подданным(-и) Соединенных Штатов Америки, или же негражданином(-нами) с допустимым иммигрантским статусом.

Я понимаю, что подписание вышеуказанного подтверждения может привести к тому, что информация о подающих заявку на повторное подтверждение прав членах моего домохозяйства будет передана в Службу гражданства и иммиграции США для проверки статуса негражданина, если это необходимо.

Использование или раскрытие вышеуказанной информации ограничено лицами и организациями, непосредственно связанными с проверкой статуса гражданства, а также с администрированием или исполнением положений программ «Государственное пособие», «Программа дополнительного питания» и Medicaid.

*Лицо, желающее подписать заявку на повторное подтверждение прав, но не умеющее писать, может поставить «X» в соответствующей строке в присутствии свидетеля. Свидетель должен подписаться ниже.

Я подтверждаю отметки, проставленные в строках: _____

Подпись свидетеля: _____

Дата: _____

РАЗДЕЛ 11. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБРАЩЕНИИ В ОТДЕЛ ПО ВЗЫСКАНИЮ АЛИМЕНТОВ

Если вы подаете заявку на повторное подтверждение прав для получения льгот Medicaid в дополнение к программе «Государственное пособие» или Программе дополнительного питания, вам, возможно, придется помочь нам получить медицинскую помощь для себя и своих детей, подающих заявку на повторное подтверждение прав. Чтобы определить, нужно ли заполнять этот раздел, ответьте на следующие вопросы. Включите себя, если это необходимо:

1. Вы подаете заявку на повторное подтверждение прав от имени любого лица младше 21 года, которое родилось вне брака и/или родители которого не установлены официально? Да Нет
2. Вы подаете заявку на повторное подтверждение прав в отношении лица в возрасте до 21 года, один из родителей которого проживает отдельно (не является опекуном)? Да Нет

Если вы ответили «Нет» на оба вопроса, заполнять этот раздел не требуется. Перейдите к следующему разделу.

Если вы ответили «Да» на любой из указанных вопросов, вы должны заполнить этот раздел до конца. Укажите имена всех лиц в возрасте до 21 года, в отношении которых вы подаете заявку на повторное подтверждение прав, а также любую имеющуюся у вас информацию о родителях этих лиц, не являющихся опекунами, предполагаемых родителей или родителей, устанавливающих права.

3. Вам меньше 21 года? Да Нет

Если вы ответили «Да» на этот вопрос, предоставьте следующую информацию о родителях, не являющихся опекунами, предполагаемых родителях или родителях, устанавливающих права:

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER		
<input checked="" type="checkbox"/>	Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Petition to Family Court	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>

ИМЯ ЛИЦА МЛАДШЕ 21 ГОДА	ИМЯ И АДРЕС РОДИТЕЛЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ОПЕКУНОМ, ПРЕДПОЛАГАЕМОГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ РОДИТЕЛЯ, УСТАНОВЛИВАЮЩЕГО ПРАВА	ДАТА РОЖДЕНИЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ОПЕКУНОМ, ПРЕДПОЛАГАЕМОГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ РОДИТЕЛЯ, УСТАНОВЛИВАЮЩЕГО ПРАВА			НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ОПЕКУНОМ, ПРЕДПОЛАГАЕМОГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ РОДИТЕЛЯ, УСТАНОВЛИВАЮЩЕГО ПРАВА
		МЕСЯЦ	ЧИСЛО	ГОД	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

РАЗДЕЛ 16. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ.											
Укажите, получаете ли вы или любое лицо, проживающее с вами, следующие доходы.	ДА	НЕТ	КТО	СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ	КТО	СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ	INCOME				
							LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD	
Пособие по безработице	1										
Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI) (суммарно федеральное пособие и пособие штата)	2										
Социальные пособия по нетрудоспособности (SSD)	3										
Социальные пособия на иждивенцев	4										
Социальные пособия по потере кормильца	5										
Пенсия по социальному обеспечению	6										
Пенсионные выплаты железнодорожникам	7										
Пенсионные выплаты (пенсии)	8										
Дивиденды/проценты по акциям, облигациям, сбережениям и т. д.	9										
Компенсации работникам	10										
Пособия по инвалидности штата Нью-Йорк	11										
Ветеранская пенсия/льготы/помощь и патронаж	12										
Государственное пособие	13										
Перечисления лицам на иждивении военнослужащего	14										
Образовательные гранты или кредиты	15										
Пожертвования/подарки (полученные)	16										
Выплаты на детей на патронатном воспитании (полученные)	17										
Выплаты на содержание ребенка/алименты (полученные)											
Получены от: _____	18										
Алименты супругу (супруге) (полученные)	19										
Частное страхование на случай инвалидности — выплаты по страховке от несчастного случая/на случай инвалидности	20										
Страховые выплаты вне зависимости от виновника происшествия	21										
Профсоюзные пособия (в том числе пособия бастующим)	22										
Кредиты, кроме образовательных кредитов (полученные)	23										
Доход от траста (включая доход, который вы имеете право получить в настоящее время или имели право получить в прошлом, но который не был распределен)	24										
Доплаты/стипендии за обучение	25										
Доход от арендной платы (полученный)	26										
Доход от жильцов/квартирантов (полученный)	27										
Прочие доходы											
(Укажите)											

CONSIDER

- Child Support Disregard/Pass-Through
 - Explained Budgeted
- SNAP Aged/Disabled Indicator
- Disability Review
- Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- Refugee Matching Grant
- Change in Income from Last Budget

Если вы подаете заявку на повторное подтверждение прав для участия в программе Medicaid, заполните следующий раздел: Вычеты. Некоторые режимы расчета бюджета в рамках Medicaid позволяют заявителям/получателям снижать свой учитываемый доход за счет вычетов, применяемых к федеральным налогам. За счет таких вычетов налоговая служба (Internal Revenue Service, IRS) позволяет налогоплательщикам снижать размер своего налогооблагаемого дохода. Укажите вычеты здесь только в том случае, если вы будете учитывать их при подаче налоговой декларации за текущий год.	ДА	НЕТ	КТО	СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ	КТО	СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ										
Расходы работника сферы образования	1															
Вычеты в связи с Индивидуальным пенсионным счетом (IRA)	2															
Вычеты процентов по образовательным кредитам	3															
Плата за обучение и сопутствующие сборы	4															
Определенные затраты на ведение коммерческой деятельности (резервисты, работники искусства, госслужащие, получающие фиксированное вознаграждение)	5															
Вычеты в связи с накопительным медицинским счетом	6															
Расходы на переезд, связанный с работой	7															
Вычеты по налогу самозанятого	8															
Планы для самозанятых лиц, планы SIMPLE и планы, отвечающие требованиям для налоговых льгот	9															
Вычеты в связи с медицинским страхованием самозанятых	10															
Комиссии за досрочное снятие сбережений	11															
Выплаченные алименты	12															
Вычеты для внутренних производителей	13															
Дополнительные корректировки, указанные в строке 36 (только форма IRS 1040)	14															
Вычеты по льготному сберегательному счету для оплаты медицинских расходов (Archer MSA)	15															
Прочие корректировки (укажите)																
РАЗДЕЛ 17. ДАННЫЕ ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЯ/ СПОНСОРА НЕГРАЖДАНИНА С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ																
Ответьте на все вопросы ниже.																
Имеет ли приемный родитель проживающих с вами детей, какие-либо ресурсы или получает любой доход?	ДА	НЕТ	КТО?	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1608 1157 1703 1190">NEEDED</th> <th data-bbox="1703 1157 1934 1190">REFERRAL</th> <th data-bbox="1934 1157 2060 1190">COMPLETED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1608 1190 1703 1222"></td> <td data-bbox="1703 1190 1934 1222">UIB</td> <td data-bbox="1934 1190 2060 1222"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1608 1222 1703 1255"></td> <td data-bbox="1703 1222 1934 1255"></td> <td data-bbox="1934 1222 2060 1255"></td> </tr> </tbody> </table>				NEEDED	REFERRAL	COMPLETED		UIB				
	NEEDED	REFERRAL						COMPLETED								
	UIB															
Проживает ли в вашей семье любое лицо, являющееся негражданином с допустимым иммигрантским статусом, чей приезд в США был оплачен спонсором?																
ИМЯ СПОНСОРА:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:															
АДРЕС:																

РАЗДЕЛ 18. ИНФОРМАЦИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

В настоящее время я являюсь: работающим по найму самозанятым безработным
 Совокупный доход, \$ _____ Количество рабочих часов в месяц _____

(Укажите любую заработную плату, сверхурочные, комиссионные или чаевые)

Периодичность выплат: Еженедельно Раз в две недели Ежемесячно

День недели, в который выплачивается заработная плата: _____

Имя/название и адрес работодателя: _____ 1

_____ Номер телефона _____

Является ли любое другое лицо, проживающее с вами, работающим по найму самозанятым
 в настоящее время:

Кто: _____

Совокупный доход, \$ _____ Количество рабочих часов в месяц _____

Периодичность выплат: Еженедельно Раз в две недели Ежемесячно

День недели, в который выплачивается заработная плата: _____ 2

Имя/наименование и адрес работодателя: _____

_____ Номер телефона _____

Доступно ли вам медицинское страхование через вашего работодателя? Да Нет

Имеет ли любое лицо, проживающее вместе с вами, медицинское Да Нет
 страхование через работодателя?

Кто: _____ 3

Название страховой компании: _____

Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами расходы по уходу Да Нет
 за иждивенцами в связи с работой?

Кто: _____ 4

Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами прочие расходы Да Нет
 в связи с работой?

Кто: _____ 5

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	CAP		<input checked="" type="checkbox"/> Limited English Proficiency <input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Tax Credit (see PUB-4786) <input checked="" type="checkbox"/> Explaining Periodic Reporting Requirements <input checked="" type="checkbox"/> Net Loss of Cash Income <input checked="" type="checkbox"/> P.A.S.S. Income Amount and Sources <input checked="" type="checkbox"/> Employment Sanctions <input checked="" type="checkbox"/> Temporary Employment <input checked="" type="checkbox"/> Disability Review <input checked="" type="checkbox"/> Individual Development Account (IDA) <input checked="" type="checkbox"/> Voluntary Quit
	Disability		
	Employment		
	TPHI/COBRA		
	UIB		
	Workers' Compensation		
	Drug/Alcohol		
	Domestic Violence		
	Refugee Cash Assistance		

РАЗДЕЛ 19. ОБРАЗОВАНИЕ/ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

Укажите самый высокий уровень вашего оконченного образования
 ___ Незаконченное среднее образование
 Укажите последний законченный класс _____
 ___ Завершенный индивидуальный план обучения (IEP)
 ___ Диплом об окончании средней школы или диплом, эквивалентный диплому об окончании средней школы (General Equivalency Diploma, GED), или сертификат о сдаче экзаменов на знание курса средней школы (Test Assessing Secondary Completion, TASC™)
 ___ Диплом младшего специалиста (2 года обучения в колледже) **1**
 ___ Диплом бакалавра (4 года обучения в колледже) или более высокий уровень

Имеет ли кто-нибудь еще в вашей семье диплом об окончании средней школы, диплом, эквивалентный диплому об окончании средней школы (GED), или сертификат о сдаче экзаменов на знание курса средней школы (TASC™)? Да Нет
 Если да, то кто: _____
 Полученная степень: _____
 Дата завершения обучения: _____ **2**

Укажите в отношении себя или любого лица, которое проживает с вами и подает заявку на повторное подтверждение прав для участия в социальных программах, следующее:

Участвовал или участвует в программах профессиональной подготовки за последние 12 месяцев? Да Нет
 Кто _____ **3**
 Где _____
 Программа _____
 Даты обучения _____
 Даты окончания _____

Достиг 16 лет и посещает школу или колледж? Да Нет
 Кто _____ **4**
 Где _____

Получает пособие на обучение? Да Нет **5**
 Кто _____ Сумма в \$ _____

Получает образовательные гранты или кредиты? Да Нет **6**
 Кто _____ Сумма в \$ _____

Младше 16 лет и посещает школу? Да Нет **7**
 Кто _____
 Школа _____
 Кто _____
 Школа _____

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Кто _____
 Школа _____
 Кто _____
 Школа _____

РАЗДЕЛ 20. ИНФОРМАЦИЯ О РЕСУРСАХ						
Укажите, относится ли к вам или любому лицу, которое проживает с вами и подает заявку на повторное подтверждение прав, следующее:	ДА	НЕТ	КТО	ЕСЛИ ОТВЕТ «ДА», СУММА/РАЗМЕР	КТО	ЕСЛИ ОТВЕТ «ДА», СУММА/РАЗМЕР
Имеет доступные денежные средства	1			\$		\$
Имеет текущий счет(а)	2					
Имеет сберегательный счет (-а) или договор (-а) о вкладе	3					
Имеет счет(а) в кредитном кооперативе	4					
Имеет полис страхования жизни	5					
Является собственником или на их имя зарегистрирован автомобиль(и) или другое транспортное средство(а): Год _____ Марка/модель _____ Год _____ Марка/модель _____ Другое _____	6					
Имеет акции, облигации, сертификаты или совместные фонды	7					
Имеет сберегательные облигации	8					
Имеет индивидуальный пенсионный счет (IRA), план Keogh, 401(k) или счет для отсроченных компенсационных выплат	9					
Имеет трастовый фонд с безотзывными средствами для оплаты похорон	10					
Имеет фонд для оплаты похорон	11					
Имеет участок захоронения	12					
Имеет собственное жилье	13					
Имеет недвижимость, в том числе приносящую и не приносящую доход	14					
Имеет право на возврат подоходного налога	15					
Имеет аннуитет	16					
Является бенефициаром трастового фонда	17					
Ожидает получения трастового фонда, выплат по судебному иску, наследства или дохода из других источников	18					
Имеет счет(а) на правах доверительной собственности	19					
Имеет депозитарную ячейку(и)	20					
Имеет ресурсы, кроме указанных выше	21					
Предпринимались ли кем-либо (включая супруга/супругу, даже если они не подают заявку на повторное подтверждение прав или не проживают с вами) действия, в результате которых эти лица уступали денежные средства или передавали любые объекты недвижимого имущества, доход или личное имущество за последние 36 месяцев?	22					
Предпринимались ли кем-либо (включая супруга/супругу, даже если они не подают заявку на повторное подтверждение прав или не проживают с вами) в прошлом действия по созданию трастового фонда или по переводу любых активов в трастовые фонды за последние 60 месяцев? Если да, когда? _____	23					

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

- | CONSIDER |
|--|
| ✓ Children's Resources |
| ✓ Lump Sum |
| ✓ Boats, Campers, Snowmobiles |
| ✓ Individual Development Account (IDA) |
| ✓ Exempt Vehicles |
| ✓ EIC |
| ✓ Change in Resources from Last Budget |

VEHICLE INFORMATION									
YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*	NO		
				\$	\$				
				\$	\$				

*IF EXEMPT, WHY?

РАЗДЕЛ 21. МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
Укажите, относится ли к вам или любому лицу, которое проживает с вами и подает заявку на повторное подтверждение прав, следующее:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, ТО КТО		Pregnancy Statement	
Наличие каких-либо счетов за медицинское обслуживание или расходов, связанных с медицинским обслуживанием	1				Med/Psych Statement	
Участие в программе Medicaid с условием перечисления излишка дохода	2				Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
Наличие медицинской страховки или страховки на случай госпитализации/от несчастных случаев (включая страховку, предоставляемую работодателем)	3			№ ПОЛИСА: СУММА: ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫПЛАТ: НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ:	Drug/Alcohol Statement	
Наличие медицинской страховки, предоставляемой при посредничестве работодателя	4			НА КОГО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ:	Paid or Unpaid Medical Bills	
Участие в программе Medicare (красно-бело-синяя карта)	5			ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:	SSI Application Verification (PA ONLY)	
Получение медицинской помощи/медицинского ухода на дому	6			Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?	CONSIDER	
Отсутствие зрения, проблемы со здоровьем или инвалидность	7				✓ AD/SSI Related	
Вы или другое лицо являетесь ребенком с нарушениями развития	8				✓ SNAP Aged/Disabled Indicator	
Пребывание в больнице, доме престарелых или другом медицинском учреждении	9				✓ SNAP Medical Deduction	
Наличие оплаченных или неоплаченных счетов за медицинское обслуживание, выставленных в течение 3 месяцев перед месяцем подачи настоящей заявки на повторное подтверждение прав	10				✓ TPHI Reimbursement	
Наличие алкогольной или наркотической зависимости в настоящем или прошлом	11				✓ Buy-In Eligibility	
Потребность в уходе на дому/персональном уходе	12				✓ Kreiger (LDSS-3664)	
Вы или другое лицо получаете пособие SSI или ранее подавали заявление на получение пособия SSI	13				✓ Domestic Violence	
Есть беременность ПДР при наличии беременности: _____ Ожидаемое число детей: _____	14				✓ SSI Referral	
Прохождение лечения от наркотической или алкогольной зависимости	15				✓ Earned Income Credit	
Отсутствовала возможность работать в течение как минимум 12 месяцев по причине нетрудоспособности или болезни	16				✓ Change in Resources	
Активность ограничена по причине нарушения функций организма или болезни, которые длятся или будут длиться по меньшей мере 12 месяцев	17				NEEDED	REFERRALS
Вы или другое лицо попадали в ДТП или имел место несчастный случай на рабочем месте за последние два года	18				SSS (D-CAP)	COMPLETED
Осуществляет ли оплату счетов за медицинское обслуживание какая-либо государственная организация (государственная программа), кроме Medicaid или Medicare? Если да, укажите организацию _____	19				Disability Interview (LDSS-1151)	
Окажут ли счета или прочие формальности в связи с выплатой обязательств по медицинскому страхованию негативное влияние на ваше физическое или эмоциональное состояние или безопасность, и/или скажется ли их наличие на степени приватности и конфиденциальности вашего заявления на получение помощи в рамках программы Medicaid?	20				Medical Report (LDSS-486, 486t)	
					Disability Report	
					AD	
					TPHI	
					ACCES-VR	
					CTHP	
					Family Planning	
					SSA (RSDI)	
					Veteran's Benefits	
					Veteran's Counseling	
					Child Health Plus	
					COBRA Eligibility	
					Nurse's Aide Service	
					Home Care	
					NYSOH	
					MA-Only (DOH-4220)	
					SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
					LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		
MEDICAL BILLS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				

ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Как правило, лица, участвующие в программе Medicaid, должны зарегистрироваться в плане управляемого медицинского обслуживания, кроме случаев, когда на них распространяются исключения. В этом разделе вы сможете выбрать план медицинского обслуживания. Если у вас нет информации о доступных планах медицинского обслуживания, проконсультируйтесь со своим социальным работником или позвоните по телефону 1-800-505-5678.

Название плана, в котором вы регистрируетесь	Фамилия	Имя	Дата рождения дд/мм/гггг	Пол М/Ж/Х	Идентификационный номер (номер карты Medicaid, если она у вас есть)	Номер социального страхования	Основной поставщик медицинских услуг или медицинский центр (поставьте флажок, если является текущим поставщиком)	Имя и идентификационный номер акушера-гинеколога (поставьте флажок, если является текущим поставщиком)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

РАЗДЕЛ 22. ЖИЛЬЕ/ПРИЮТ

ИМЯ ВАШЕГО АРЕНДОДАТЕЛЯ

АДРЕС ВАШЕГО АРЕНДОДАТЕЛЯ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ВАШЕГО АРЕНДОДАТЕЛЯ
() _____

	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, СУММА
Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами расходы, связанные с выплатой арендной платы, ипотеки или другие расходы, связанные с жильем/пребыванием в приюте?			\$
Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами расходы, связанные с оплатой отопления, отдельно от арендной платы или же других расходов, связанных с жильем/пребыванием в приюте?			\$

SHELTER COSTS		MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board		
B. Rent		
C. Trailer Lot Rent		
D. Mortgage Payment		
1.	Principal	
2.	Interest	
3.	Property Tax (including School Tax)	
4.	Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5.	Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6.	Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)		
TOTAL (Lines A - E)		

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
CONSIDER		
<input checked="" type="checkbox"/>	Utility and/or Fuel Restrict	
<input checked="" type="checkbox"/>	Utility Guarantee	
<input checked="" type="checkbox"/>	HEAP	
<input checked="" type="checkbox"/>	Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount	
<input checked="" type="checkbox"/>	Foster Care-Related Additional Allowances	
<input checked="" type="checkbox"/>	SNAP Household Composition Rules	
<input checked="" type="checkbox"/>	SNAP Aged/Disabled Indicator	
<input checked="" type="checkbox"/>	Real Property Tax Credit	
<input checked="" type="checkbox"/>	AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance	
<input checked="" type="checkbox"/>	Property Lien	
<input checked="" type="checkbox"/>	If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household	

РАЗДЕЛ 22. ЖИЛЬЕ/ПРИЮТ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)			
Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами следующие расходы отдельно от арендной платы или же других расходов, связанных с жильем/пребыванием в приюте?	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, СУММА
Электроэнергия (для других нужд, кроме теплоснабжения, например освещение, приготовление пищи, горячая вода и т. д.) 1			\$
Природный газ (для других нужд, кроме теплоснабжения, например приготовление пищи, горячая вода и т. д.) 2			\$
Вода 3			\$
Кондиционирование воздуха 4			\$
Пропан (для нужд, не связанных с отоплением) 5			\$
Канализация 6			\$
Вывоз мусора 7			\$
Прочие коммунальные услуги и расходы Укажите _____ 8			\$
Проживаете ли вы в государственном жилье? 9			
Проживаете ли вы в жилье, которое сдается в аренду в соответствии с Разделом 8, в жилье от Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD) или иным субсидированном жилье? 10			
Проживаете ли вы в учреждении для лиц, проходящих лечение от наркотической/алкогольной зависимости? 11			

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

***Check Primary Heat Type:**

<input type="checkbox"/> Natural Gas	<input type="checkbox"/> Oil	<input type="checkbox"/> PSC Electric	<input type="checkbox"/> Coal	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Kerosene	<input type="checkbox"/> Propane	<input type="checkbox"/> Municipal Electric	<input type="checkbox"/> Wood	

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ						
РАЗДЕЛ 23. ПРОЧИЕ РАСХОДЫ						
Укажите, относится ли к вам или любому лицу, которое проживает с вами и подает заявку на повторное подтверждение прав, следующее:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ВЫБРАН ОТВЕТ «ДА», УКАЖИТЕ СУММУ	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED	CHILD IN SNAP HH
Выплата алиментов на ребенка 1			\$		YES NO	YES NO
Выплата алиментов супругу/супруге 2			\$			
Оплата ухода за ребенком 3			\$			
Оплата ухода за иждивенцами 4			\$			
Оплата обучения, услуг или других расходов на образование 5			\$			
Наличие дополнительных расходов (например оплата автомобиля, страхование автомобиля, платежи по кредитным картам, оплата других кредитов и т. д.) Поясните: _____ 6			\$			
Имеете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц, подающих заявку на повторное подтверждение прав, задолженность по алиментам на содержание ребенка в возрасте до 21 года не менее чем за четыре месяца? 7		<input type="checkbox"/> ДА				<input type="checkbox"/> НЕТ

РАЗДЕЛ 24. ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ					
Планируете ли вы приобретать или приобретаете еду в службе доставки еды или в общественном пункте питания?	8	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ		
Вы можете готовить еду дома?	9	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	VETERAN STATUS	VETERAN CODE
Служили ли вы или же любое другое лицо, проживающее вместе с вами, в вооруженных силах США?		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ		
Кто? _____	10				
Проходил ли ваш супруг (супруга) службу в вооруженных силах США?	11	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ		
Является ли кто-либо из вашей семьи иждивенцем лица, проходящего или роходившего службу в вооруженных силах США?		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ		
Кто? _____	12				
Укажите, относится ли к вам или любому лицу, которое проживает с вами и подает заявку на повторное подтверждение прав, следующее:		ДА	НЕТ	КТО	
Переезжали ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц, подающих заявку на повторное подтверждение прав, в этот округ из другого округа штата Нью-Йорк в течение последних двух месяцев?					
Были ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц когда-либо признаны виновными и/или лишены права на получение государственного пособия и/или Программы дополнительного питания (SNAP) по причине мошенничества/преднамеренного нарушения программы?					
Получали ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц пособия, на которые они не имели права, и которые не были полностью возвращены этому или другому агентству?					
Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за предоставление фальсифицированного заявления или информации о месте жительства с целью получения государственного пособия в двух или более штатах?					
Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за мошенническое получение дублирующихся пособий SNAP в любом штате после 22 сентября 1996 г.?					
Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за покупку или продажу пособий SNAP на общую сумму более 500 долларов или более после 22 сентября 1996 г.?					
Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за обмен пособий SNAP на огнестрельное оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества или наркотики?					
Скрываетесь ли вы или кто-либо из членов вашей семьи, чтобы избежать судебного преследования, содержания под стражей или заключения в тюрьму после осуждения за преступление или попытку совершения преступления и активного преследования со стороны правоохранительных органов?					
Нарушаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения в соответствии с решением суда?					
ФАКТ ПЕРЕДАЧИ СОБСТВЕННОСТИ					
Я <input type="checkbox"/> Я не <input type="checkbox"/> продавал(а), передавал(а) и отказывался(-ась) от права собственности в отношении любого объекта собственности с целью получения Государственного пособия или льгот по программе SNAP.					

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.		CONSIDER
Actual Expenses	\$ <input type="text"/>	✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
		✓ Actual Shelter
		✓ Actual Fuel/Utility Costs
		✓ Telephone Expenses
Actual Income	\$ <input type="text"/>	✓ Car Expenses
		✓ Furniture/Appliance Rental
		✓ Cable TV
= Difference	\$ <input type="text"/>	✓ Tuition
		✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

Does Client Receive Contribution Towards Difference Yes No

If Yes, From Whom? _____

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is _____

Documented by _____

NOTES/COMMENTS

УВЕДОМЛЕНИЯ, УСТУПКА ПРАВ, РАЗРЕШЕНИЯ И СОГЛАСОВАНИЯ

СБОР И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ О НОМЕРАХ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ. Сбор информации о номерах социального страхования (SSN) разрешен для каждого члена семьи, пользующегося Программой дополнительного питания (SNAP), в соответствии с Законом о пищевых продуктах и питании (Food and Nutrition Act) от 2008 года (с учетом поправок). Любое лицо, подающее заявку на участие в программе SNAP, должно для получения льгот сообщить свой номер SSN. Если у вас или кого-либо из заявителей нет номера социального страхования (SSN), этот человек должен подать заявление на получение номера SSN в Управление социального обеспечения (Social Security Administration, SSA) (посетите сайт www.SSA.gov или позвоните по телефону 1-800-772-1213).

В отношении всех других программ, для которых в этой заявке на повторное подтверждение прав необходимо указывать номер социального страхования (SSN), сбор информации о номерах социального страхования (SSN) также является обязательным и разрешен в соответствии с одним или несколькими разделами следующих законов: раздел 205(с) Закона о социальном обеспечении (раздел 42 Кодекса США, отдел 405), раздел 1137 Закона о социальном обеспечении (раздел 42 Кодекса США, отдел 1320b-7) и раздел 7(а)(2) Закона о конфиденциальности от 1974 года. Если у вас есть вопросы, используйте книгу с инструкциями (PUB-1313 Statewide) или обратитесь в районное отделение службы социальной защиты населения.

Собранная нами информация будет использована для определения того, соответствует ли ваша семья критериям получения помощи или льгот. Эта информация будет использоваться для подтверждения личности, проверки заработанного и не заработанного дохода, а также для определения того, могут ли отсутствующие родители получать медицинское страхование за заявителей или получателей, могут ли заявители или получатели получать алименты на ребенка или супружеские алименты и могут ли заявители или получатели получать денежные средства или другую помощь. Мы проверим эту информацию с помощью компьютерных программ. Эта информация будет также использоваться для контроля за соблюдением правил программы и для управления программой. Помимо использования информации, которую вы предоставляете нам, в указанных целях, штат будет использовать ее для подготовки статистических данных обо всех людях, получающих льготы по Программе помощи для отопления жилья (Home Energy Assistance Program, HEAP) (см. ниже).

Эта информация может быть раскрыта другим агентствам на уровне штата и федеральном уровне для официального изучения, а также должностным лицам правоохранительных органов для целей задержания лиц, скрывающихся от закона. Информация (включая номера социального страхования), собранная в отношении заявителей на получение и получателей семейной помощи или социальной защиты, может использоваться при формировании пула присяжных. Если в рамках программы дополнительного питания (SNAP) в отношении вашего домохозяйства будет подан какой-либо иск, то информация, содержащаяся в данной заявке на повторное подтверждение прав (включая номера социального страхования), может быть передана в федеральные органы и ведомства штата, а также в частные коллекторские агентства для взыскания средств по исковому заявлению.

Сведения о номерах социального страхования (SSN) лиц, не имеющих права на участие в программе, также будут использоваться и раскрываться описанным выше способом.

Помимо использования информации, предоставленной вами нам таким образом, штат также использует эту информацию для подготовки статистических данных обо всех людях, получающих пособия по программе HEAP. Эта информация используется для контроля качества со стороны штата, чтобы гарантировать высокое качество работы районных отделений службы социальной защиты населения. Она используется для проверки сведений о вашем поставщике энергии и для осуществления определенных платежей таким поставщикам.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ. В соответствии с федеральным Законом о гражданских правах (Civil Rights Law) и правилами и политиками в отношении гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) данному учреждению запрещается допускать дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, нетрудоспособности, возраста, политических убеждений, а также репрессии или возмездие за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Штат Нью-Йорк дополнительно запрещает дискриминацию по признаку трансгендерного статуса, гендерной дисфории, семейного положения, военного статуса, статуса жертвы домашнего насилия, состояний, связанных с беременностью, характеристик генетической предрасположенности, наличия в прошлом арестов или судимостей, наличия несовершеннолетних иждивенцев, а также преследование за противодействие незаконным практикам дискриминации.

Информация о программе может быть предоставлена на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. п.), должны обратиться в агентство (штатное или местное), в котором они подали заявление на получение пособия. Лица, которые являются глухими, слабослышащими или имеют дефекты речи, могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США через Федеральную службу коммутируемых сообщений (Federal Relay Service) по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, податель жалобы должен заполнить форму AD-3027 «Форма жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA» (USDA Program Discrimination Complaint Form), которую можно найти по ссылке <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, получить в любом офисе USDA или заказать по телефону (833) 620-1071, либо следует отправить письмо на почтовый адрес USDA. В письме должны быть указаны имя и фамилия подателя жалобы, его адрес, номер телефона и достаточно подробное письменное описание предполагаемого дискриминационного действия, из которого помощник секретаря по гражданским правам (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) сможет получить информацию о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить одним из следующих способов: 1) почтой: Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; 2) по факсу (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или 3) по электронной почте: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

С вопросами, касающимися всех прочих проблем с Программой дополнительного питания (SNAP), позвоните на горячую линию программы SNAP USDA по телефону (800) 221-5689 (операторы говорят также по-испански) или позвоните на информационную горячую линию штата по телефонам, приведенным на сайте http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Это учреждение является поставщиком, ориентированным на равные возможности для всех.

СОГЛАСИЕ НА РАССЛЕДОВАНИЕ. Я даю согласие на любое расследование с целью проверить или подтвердить информацию, сообщенную мной в связи с моим запросом государственного пособия (PA), включения в программу Medicaid, Программу дополнительного питания (SNAP), Программу помощи для отопления жилья, услуг или помощи по уходу за детьми. Если будет запрошена дополнительная информация, я ее предоставлю. Я также буду полностью сотрудничать с сотрудниками ведомств на уровне штата и федеральном уровне в рамках проверки контроля качества PA и/или SNAP.

Если я подаю заявку на повторное подтверждение прав на участие в программе SNAP, я понимаю, что районное отделение службы социальной защиты населения будет запрашивать и использовать информацию, доступную через Систему проверки доходов и соответствия требованиям (Income and Eligibility Verification System), при рассмотрении моей заявки на повторное подтверждение прав, а также может проверить эту информацию в рамках дополнительных обращений, если будут обнаружены несоответствия. Я также понимаю, что такая информация может повлиять на мое право получения и/или размер пособий по программе SNAP.

СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПОСОБИИ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ. Я разрешаю Департаменту труда штата Нью-Йорк (Department of Labor, DOL) разглашать любую конфиденциальную информацию, хранящуюся в DOL для целей страхования по безработице (UI), Управлению по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Эта информация включает в себя данные о требованиях по выплатам пособий в рамках страхования по безработице и данные о заработной плате. Я понимаю, что Управление OTDA совместно с сотрудниками штатных и местных ведомств, работающими в районных отделениях службы социальной защиты населения, будет использовать информацию о пособии по безработице для установления или подтверждения моего права на получение пособия и его размера в рамках таких программ, как программа «Государственное пособие», Medicaid, программа дополнительного питания (SNAP), программа помощи в отоплении жилья (Home Energy Assistance Program, HEAP) и программа помощи в уходе за ребенком (Child Care Assistance), в соответствии с поданным заявлением/заявкой на повторное подтверждение прав, а также с целью проведения расследований для установления факта получения мной льгот или пособий, на которые я не имел(а) права. OTDA также может предоставлять эту информацию Управлению по делам детей и семьи штата Нью-Йорк (New York State Office of Children and Family Services, OCFS) и Департаменту образования штата Нью-Йорк (New York State Department of Health, DOH). OCFS использует эту информацию для мониторинга программы пособий по уходу за детьми.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПОСТАВЩИКАМ УСЛУГ. Я разрешаю районному отделению службы социальной защиты и штату Нью-Йорк предоставлять информацию о пособиях по программе «Государственное пособие» или программе дополнительного питания, которые получали я или какой-либо член моей семьи, наделенный соответствующими полномочиями, с целью проверки моего права на услуги и выплаты, в рамках управления программой, обеспечиваемого штатом или местным подрядчиком. Такие услуги могут включать, в частности, услуги по трудоустройству или обучению, предоставляемые для того, чтобы помочь мне или членам моего домохозяйства получить и сохранить работу.

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ОБРАЗОВАНИЯ. Я даю разрешение Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк и органам социального обеспечения получать любую информацию об образовании в отношении меня и/или моих несовершеннолетних детей для следующих целей: 1) проверки моего права на получение государственного пособия, льгот по программе дополнительного питания и/или Medicaid; 2) проведения проверок или расследований, вызванных противоречивой информацией, предоставленной в рамках процесса проверки права на получение помощи; 3) получения от Medicaid возмещения расходов на образовательные услуги, связанные со здоровьем; и 4) предоставления соответствующему федеральному правительственному агентству доступа к этой информации исключительно с целью проведения проверки.

СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЖИЛОМ ФОНДЕ ЖИЛИЩНОГО УПРАВЛЕНИЯ ГОРОДА НЬЮ-ЙОРКА. Если вы подаете заявление на получение помощи в г. Нью-Йорке, данное согласие позволит Жилищному управлению Нью-Йорка (NYCHA) передавать информацию о вас в Департамент социального обеспечения города Нью-Йорка/Департамент социального обслуживания (далее — «HRA»), чтобы помочь вам и вашей семье подать заявление на получение помощи по Программе дополнительного питания (SNAP) и/или на получение денежной помощи от HRA, которая может включать оплату задолженности по квартплате.

Если вы подпишете данное заявление, NYCHA может передать HRA информацию, касающуюся вашего права на получение или уровня пособий SNAP и/или денежной помощи, включая ваше имя, адрес, дату рождения, а также информацию о платежах за аренду и коммунальные услуги (например ежемесячную сумму арендной платы, историю платежей за аренду, баланс счета арендной платы и размер платежей за бытовую технику). Кроме того, подписывая данное заявление, вы подтверждаете, что имеете право давать согласие от имени несовершеннолетних детей, указанных в данном заявлении, и разрешаете NYCHA сообщать имя, адрес и дату рождения этих детей HRA.

HRA сохраняет конфиденциальность в отношении любой информации, которую передает NYCHA, и может раскрывать ее только агентствам на уровне штата, местном и федеральном уровнях, которые контролируют программы HRA по предоставлению льгот SNAP и денежной помощи.

ИНФОРМИРОВАНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ. Я соглашаюсь **незамедлительно** в меру своих знаний и убеждений информировать ведомство о любых изменениях моих потребностей, места жительства/адреса, жилищных условий, размера домохозяйства, дохода, трудоустройства, имущества/ресурсов, расходов на содержание иждивенцев, медицинского страхования, статуса негражданина с допустимым иммигрантским статусом/статуса гражданства, статуса трудоспособного взрослого без иждивенцев (ABAWD), состояния беременности или жилищных условий.

Если я подаю заявление на помощь по уходу за детьми, я соглашаюсь **незамедлительно** информировать ведомство о любом изменении семейного дохода, состава проживающих в моем доме, трудоустройства, состояния ухода за ребенком или о любых других изменениях, которые могут повлиять на мое право на получение или размер пособия.

НАКАЗАНИЕ. Федеральное законодательство и законодательство штата предусматривают наказание в виде штрафа, тюремного заключения или сочетания этих двух видов наказания в случае, если вы сообщаете ложные сведения при подаче заявки на повторное подтверждение прав на государственную помощь, льготы по программе Medicaid, пособия по программе дополнительного питания (SNAP), услуги или пособия по уходу за ребенком (помощь, пособия или услуги) или в любом случае, когда вам задают вопросы относительно вашего права на пособие, а также в случае, если вы побуждаете другое лицо сообщить ложные сведения относительно повторного подтверждения ваших прав или сведения относительно сохраняющихся у вас прав на пособия и льготы. Наказание также налагается в случае, если вы скрываете или не сообщаете факты относительно вашего первоначального или сохраняющегося права на помощь, льготы или услуги или если вы скрываете или не сообщаете факты, которые влияют на право другого лица, от имени которого вы подали соответствующее заявление на повторное подтверждение прав для получения или продолжения получения помощи, льгот или услуг. Если вы являетесь уполномоченным представителем, такие пособия, помощь или услуги должны быть использованы для другого человека, а не для вас. Согласно федеральному и штатному законодательству, любая передача активов по цене ниже справедливой рыночной, совершенная физическим лицом или его супругой (супругом) в течение 60 месяцев до первого числа месяца, в который данное лицо получает услуги в центре сестринского ухода и одновременно подало заявление в программу Medicaid, может лишить данное лицо права на услуги центра сестринского ухода или на возмещаемые услуги домашнего или местного ухода на определенный период времени. Законом запрещено получать помощь, пособия или услуги посредством сокрытия информации или предоставления ложной информации.

НАКАЗАНИЕ И ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SNAP). Любая информация, предоставленная вами в связи с вашим заявлением в Программу дополнительной продовольственной помощи (SNAP), подлежит проверке федеральными, штатными и местными должностными лицами. Если какая-либо информация окажется неверна, вам может быть отказано в льготах по программе SNAP. Вы можете подвергнуться уголовному преследованию, если намеренно предоставите неверную информацию, которая влияет на право на получение или размер пособий. Любое лицо, осужденное за преднамеренное использование, передачу, приобретение, изменение или обладание картами авторизации SNAP или устройствами доступа, может быть оштрафовано на сумму до 250 000 долларов, лишено свободы на срок до 20 лет или подвергнуто обоим мерам наказания. Такое лицо также может подлежать наказанию в соответствии с действующим федеральным и штатным законодательством. Любое лицо, нарушающее условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения, или любое лицо, которое скрывается от уголовного преследования, содержания под стражей или заключения за тяжкое преступление и активно преследуется правоохранительными органами, не имеет права на получение льгот по программе SNAP.

Может быть определено, что вы не имеете права участия в программе SNAP или что вы совершили умышленное нарушение программы (Intentional Program Violation, IPV), если вы делаете ложное или вводящее в заблуждение заявление или искажаете, скрываете или утаиваете факты, чтобы получить право на пособие или увеличить размер пособия, приобретаете продукт на пособие SNAP с намерением получить наличные деньги, намеренно выбросив продукт и вернув контейнер за залоговую сумму, совершаете или пытаетесь совершить какое-либо действие, которое составляет нарушение федерального или штатного законодательства в целях использования, представления, передачи, приобретения, получения, сохранения или незаконного оборота пособий SNAP, карточек авторизации или документов многократного использования, используемых в системе электронного перевода пособий (Electronic Benefit Transfer, EBT). Кроме того, не допускаются перечисленные ниже действия, и вы можете быть лишены права получения пособия SNAP и/или подвергнуты штрафным санкциям за действия, которые включают:

- использование пособий SNAP для покупки непродовольственных товаров, таких как алкоголь или сигареты;
- использование пособий SNAP для оплаты продуктов питания, ранее купленных в кредит;
- предоставление кому-либо разрешения использовать вашу карту EBT в обмен на наличные деньги, огнестрельное оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества или наркотики, а также для приобретения продуктов питания для лиц, не являющихся членами вашей семьи, получающей SNAP; или
- использование или хранение не принадлежащих вам карт EBT без согласия владельца карты.

Лица, признанные совершившими IPV либо по результатам административного слушания о дисквалификации, либо решением суда на федеральном, местном уровне или уровне штата, а также подписавшие отказ от права на административное слушание о дисквалификации или соглашение о согласии на дисквалификацию по делам, направленным на судебное преследование, лишаются права на участие в программе SNAP:

- на 12 месяцев за *первое* IPV программы SNAP;
 - на 24 месяца за *второе* IPV программы SNAP;
 - на 24 месяца за *первое* IPV программы SNAP на основании решения суда, определившего, что данное лицо использовало или получило пособие SNAP в рамках транзакции, включающей продажу контролируемого вещества (запрещенных наркотиков или определенных препаратов, для которых требуется назначение врача), или
 - на 120 месяцев, если обнаружено, что данное лицо сделало мошенническое заявление о своей личности или месте проживания, чтобы получить одновременно несколько пособий SNAP, если оно не получило бессрочную дисквалификацию за третье IPV программы SNAP.
- Кроме того, суд может запретить физическому лицу участвовать в программе SNAP дополнительно в течение 18 месяцев.

Лицо может быть навсегда лишено права на получение пособий SNAP в следующих случаях.

- При *первом* IPV программы SNAP, если суд выяснит, что лицо использовало или получило пособия SNAP в рамках финансовой операции, связанной с продажей оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ
- При *первом* IPV программы SNAP на основании судебного приговора за мошенничество с пособиями SNAP в общей сложности в размере 500 долларов и более (под мошенничеством подразумевается незаконное использование, передача, приобретение, изменение или переделка карточек авторизации в программе SNAP или устройств доступа);
- При *втором* IPV программы SNAP на основании решения суда, определившего, что данное лицо использовало или получило пособие SNAP в рамках транзакции, включающей продажу регулируемого вещества (запрещенных наркотиков или определенных препаратов, для которых требуется назначение врача); или
- При *третьем* IPV программы SNAP.

ТРЕБОВАНИЕ К ОТЧЕТНОСТИ ПО РАСХОДАМ/КОНТРОЛЮ РАСХОДОВ СЕМЬИ. Ваша семья должна предоставлять отчеты по расходам, связанным с уходом за детьми и коммунальным расходам с целью списания этих расходов в рамках Программы дополнительного питания (SNAP). Ваше домохозяйство обязано зарегистрировать и проверять вашей семье, получать для вас пособия SNAP или покупать на них для вас продукты питания. Если вы хотите кого-то уполномочить, вы должны сделать это в письменном виде, чтобы получить вычет по SNAP за эти расходы. Несоблюдение требования о регистрации/проверке вышеупомянутых расходов рассматривается как заявление вашего домохозяйства о том, что вы не хотите получать вычет за эти несообщаемые/непроверенные расходы. Вычет за эти расходы может дать вам право на участие в программе SNAP или может увеличить размер вашего пособия SNAP. Вы можете зарегистрировать/проверить эти расходы в любое время в будущем. Этот вычет затем применяется при расчете пособий SNAP в последующие месяцы в соответствии с правилами сообщения об изменениях (см. пункт «Сообщение об изменениях» выше).

УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПО ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ. Вы можете поручить подачу от вашего имени заявки на повторное подтверждение прав на участие в программе SNAP какому-либо лицу, знакомому с ситуацией в вашей семье. Вы также можете разрешить лицу, не являющемуся членом вашей семьи, получать для вас пособия SNAP или покупать на них для вас продукты питания. Если вы хотите кого-то уполномочить, вы должны сделать это в письменном виде. Вы можете дать какому-либо лицу полномочия, указав в поле ниже имя и фамилию, адрес и телефон этого лица и попросив это лицо поставить свою подпись в разделе подписи в конце данной заявки на повторное подтверждение прав. Когда уполномоченный представитель подает заявление от имени домохозяйства, участвующего в программе SNAP, члены которого не проживают в специализированном учреждении, такой уполномоченный представитель и ответственный совершеннолетний член домохозяйства должны поставить подпись и дату в разделе подписи в конце данной заявки на повторное подтверждение прав, если домохозяйство, участвующее в программе SNAP, не поручило письменно иным образом сделать это уполномоченному представителю.

ИМЯ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ):

СТАНДАРТНОЕ ПОСОБИЕ НА КОММУНАЛЬНЫЕ УСЛУГИ. Я понимаю, что получатели государственных пособий или пособий по Программе дополнительного питания (SNAP) имеют право на участие в Программе помощи для отопления жилья (HEAP). Я также понимаю, что, если я не получал (-а) пособия по программе HEAP (или аналогичное пособие на оплату энергии) на сумму более 20 долларов в течение текущего месяца или предыдущих 12 месяцев, я обязан (-а) оплачивать расходы на отопление или кондиционирование воздуха отдельно от арендной платы, чтобы получать стандартное пособие на коммунальные услуги (т. е. вычет) для программы SNAP. Я понимаю, что государство будет использовать мой номер социального страхования, чтобы проверить у поставщиков моей домашней энергии факт получения помощи в рамках HEAP. Данное разрешение также включает разрешение любому из поставщиков энергии для моего дома (включая мою коммунальную компанию) предоставлять определенную статистическую информацию (в том числе, в частности, данные о моем годовом потреблении электроэнергии, стоимости электроэнергии, потреблении топлива, типе топлива, годовой стоимости топлива и истории платежей) в Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк (New York State Office of Temporary and Disability Assistance), в районное отделение службы социальной защиты населения и Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (United States Department of Health and Human Services, HHS) в целях оценки эффективности Программы помощи для отопления жилья для малоимущих.

РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ. Я даю согласие на предоставление любой медицинской информации обо мне и членах моей семьи, за которых я могу дать согласие, моим лечащим врачом, любым другим медицинским учреждением или Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (DOH) моей страховой медицинской организации и любым медицинским учреждениям, осуществляющим медицинское обслуживание меня или моей семьи, если это разумно необходимо моей страховой медицинской организации или моим медицинским учреждениям для осуществления лечения, оплаты или организационного процесса, моей страховой медицинской организацией и моими медицинскими учреждениями DOH и другим уполномоченным агентствам на федеральном уровне, уровне штата и местном уровне для целей управления программой Medicaid, а также моей страховой медицинской организацией другим лицам или организациям, если это разумно необходимо для осуществления моей страховой медицинской организацией лечения, оплаты или организационного процесса. Я разрешаю предоставлять любую медицинскую информацию обо мне и членах моей семьи, в отношении которых я могу дать законное разрешение, связанную с предоставлением помощи и услуг и моей способностью участвовать в трудовой деятельности, включая трудоустройство, Управлению по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк (OTDA), Управлению по делам детей и семьи штата Нью-Йорк или районному отделению службы социальной защиты населения, если это необходимо для предоставления государственных пособий, получения услуг, включая услуги по охране детства, определения соответствующих направлений трудовой деятельности, определения необходимости подачи заявления и в процессе подачи заявления на получение дополнительного гарантированного дохода, для составления соответствующих планов лечения с целью восстановления трудоспособности, а также для определения права на освобождение от установленного штатом шестидесятидневного ограничения на получение денежной помощи. Если мне необходимо подать заявление на получение пособий, назначаемых Управлением социального обеспечения, указанная выше информация может быть передана в Управление социального обеспечения. Я также соглашаюсь с тем, что предоставляемая информация может включать сведения о ВИЧ, психическом здоровье или злоупотреблении алкоголем и наркотиками обо мне и членах моей семьи в объеме, разрешенном законом, за исключением случаев, когда поставлена отметка в поле ниже. Если несколько взрослых членов семьи регистрируются в медицинском плане Medicaid, то для получения согласия на предоставление информации необходима подпись каждого из них. Я понимаю, что моя способность давать согласие на раскрытие информации, касающейся любых несовершеннолетних детей, в отношении которых я могу дать согласие, ограничена степенью, в которой я могу получить информацию о лечении, диагностике и процедурах от их имени.

_____ Не раскрывать информацию в отношении ВИЧ/СПИДе
_____ Не раскрывать информацию о психическом здоровье

_____ Не раскрывать информацию о наркотиках и алкоголе

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. Я даю разрешение районному отделению службы социальной защиты населения и штату Нью-Йорк обмениваться с поставщиками медицинских услуг, назначенными районным отделением или штатом Нью-Йорк, информацией относительно государственных пособий, которые получаем или имеем право получать я или любой член моей семьи, за которых я могу дать согласие на законных основаниях, с целью повышения качества моего медицинского обслуживания и благополучия в целом, а также для облегчения получения дополнительных льгот, на которые я или члены моей семьи можем иметь право.

ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ В ПРОГРАММУ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА. Если мой ребенок проходит оценку для Программы раннего вмешательства штата Нью-Йорк (New York State Early Intervention Program) или участвует в этой программе, я даю разрешению районному отделению службы социальной защиты населения и штату Нью-Йорк сообщать информацию о праве моего ребенка на программу Medicaid в Программу раннего вмешательства моего округа или муниципалитета для целей выставления счетов Medicaid.

ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ/ПОДРОСТКОВ. Я понимаю, что, если мой ребенок застрахован в Medicaid, он может получать комплексное первичное или профилактическое обслуживание, в том числе все необходимое лечение по Программе поддержки здоровья детей/подростков (Child/Teen Health Program). Я могу получить подробную информацию об этой программе в районном отделении службы социальной защиты населения.

MEDICARE. Я разрешаю производить выплаты по программе Medicare (часть B раздела XVIII «Программы дополнительного медицинского страхования») напрямую врачам и поставщикам медицинских услуг по любым будущим неоплаченным счетам за медицинские услуги и другие услуги в сфере здравоохранения, предоставленные мне в то время, пока я имею право на участие в программе Medicaid.

ВОЗМЕЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID. Я понимаю, что у меня есть право в рамках моей заявки на повторное подтверждение прав на участие в программе Medicaid в течение двух лет с даты моего заявления запросить возмещение сумм, уплаченных мной за покрываемые страховкой медицинские услуги и материалы, полученные в течение трехмесячного периода до месяца, в котором я подаю заявление. Я понимаю, что после даты подачи заявления возмещение расходов на покрываемые страхованием медицинские услуги и материалы будет доступно только в том случае, если они получены у поставщиков услуг, участвующих в программе Medicaid.

НАЗНАЧЕНИЕ СТРАХОВЫХ И ДРУГИХ ЛЬГОТ И ПРЯМЫЕ ВЫПЛАТЫ. В отношении программ государственных пособий и Medicaid я соглашаюсь подавать требования о выплатах, связанных с медицинским страхованием или страхованием от несчастных случаев, а также оформлять требования на выплаты в связи с травмами или другие ресурсы, на которые я могу иметь право, в районное отделение службы социальной защиты и настоящим назначаю все такие ресурсы районному отделению службы социальной защиты, в которое я подаю данную заявку на повторное подтверждение прав. Кроме того, я буду содействовать тому, чтобы все назначенные выплаты были направлены в районное отделение службы социальной защиты, в которое я подаю данную заявку на повторное подтверждение прав.

Я разрешаю выплачивать суммы, которые причитаются мне или членам моей семьи за медицинские и другие связанные со здоровьем услуги, предоставленные в период, когда мы имеем право на страхование Medicaid, напрямую районному отделению службы социальной защиты.

ВЗЫСКАНИЕ СРЕДСТВ MEDICAID. После получения Medicaid может быть наложен арест на вашу недвижимость и с нее могут быть взысканы средства в некоторых случаях, если вы находитесь в медицинском учреждении и ваше возвращение домой не ожидается. Оплаченные вам медицинские расходы могут также быть взысканы с лиц, которые несли юридическую ответственность за вашу поддержку во время получения медицинских услуг. MA также может взыскать стоимость неправильно оплаченных услуг и страховых взносов.

Я понимаю, что с 1 апреля 2014 года в случае, если я получаю страхование Medicaid через биржу New York State of Health:

- на мое недвижимое имущество не будет налагаться арест до моей смерти;
- взыскание средств с активов, входящих в мое наследственное имущество, после моей смерти ограничивается суммой, выплаченной программой Medicaid за услуги в центре сестринского ухода, услуги ухода на дому и по месту жительства и связанные услуги госпитализации и получения рецептурных препаратов, полученные после моего 55-го дня рождения включительно.

ВЗЫСКАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПОСОБИЯ. Суммы государственного пособия (PA), получаемые вами на себя и на лиц, которых вы обязаны содержать по закону, может быть взыскана из денежных средств, которые вы имеете или можете получить. Суммы возврата налога и часть выигрышей в лотерею могут быть направлены на погашение задолженности по PA.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОСОБИЙ ИЗ РЕТРОАКТИВНОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ГАРАНТИРОВАННОГО ДОХОДА. Я разрешаю начальнику Управления социального обеспечения (SSA) использовать мою первую выплату дополнительного гарантированного дохода (SSI), т. е. мою ретроактивную выплату SSI, для возмещения районному отделению службы социальной защиты населения (SSD) государственного пособия (PA), которое SSD выплачивает мне из средств штата или местных органов власти, пока SSA решает, имею ли я право на SSI. SSA не возмещает SSD государственное пособие (ГП), выплаченное с использованием федеральных средств.

Данное разрешение будет для меня юридически обязывающим только в том случае, если штат уведомит SSA, что я и представитель SSD подписали его. Штат должен направить уведомление в течение 30 календарных дней после сопоставления моей записи SSI с моими данными штата. По истечении 30 календарных дней Управление социального обеспечения (SSA) не примет его. Вместо этого SSA направит мне мою ретроактивную выплату SSI согласно правилам SSA.

Может использоваться только моя первая выплата SSI. Если размер моей первой выплаты больше моей задолженности перед SSD, SSA переведет мне оставшиеся средства в соответствии со своими правилами.

SSA может возместить средства SSD в двух случаях:

- (1) Оно возместит средства SSD, если я подам заявление на получение SSI и SSA определит, что я имею право на это пособие.
- (2) Оно возместит средства SSD, если выплата мне пособия SSI будет возобновлена после прекращения или приостановки.

SSA возместит SSD только PA, выплаченное им мне за период, в течение которого я ожидаю решения SSA о моем праве на пособие. Такая выплата называется «промежуточной помощью» (interim assistance). Период выплаты начинается: 1) с первого месяца, когда я получил (-а) право на пособие SSI, или 2) с первого дня, когда возобновилась прекращенная или приостановленная выплата моего пособия SSI. Этот период включает месяц, когда фактически начались выплаты пособия SSI. Если SSD не может остановить последнюю выплату моего пособия PA, период заканчивается в следующем месяце.

Не позднее чем через 10 дней после того, как SSA возместит средства SSD, SSD должно направить мне уведомление с указанием выплаченной суммы промежуточной помощи. В уведомлении также будет указано, что SSA отправит мне письмо, в котором будет указана сумма из оставшегося причитающегося мне пособия SSI, которая будет отправлена SSA, и приведено описание процедуры апелляции на решение штата на случай, если я не соглашусь с решением штата.

Согласно своим правилам, SSA может считать дату подписания мной такого разрешения в качестве даты получения мной права на пособие SSI. Оно делает это только в том случае, если я подам заявление на получение SSI в следующие 60 дней.

Это разрешение применяется только к моему заявлению (или апелляции) SSI, которое находится на рассмотрении в SSA. Если принято окончательное решение по моему досье SSI, действие этого разрешения заканчивается. Его действие заканчивается, когда SSA производит мне первую выплату. Штат и я также можем заключить соглашение о прекращении действия разрешения. Мне необходимо подписать новое разрешение в соответствии с правилами штата Нью-Йорк, если я повторно подаю заявление на пособие SSI после окончания действия разрешения или если я подаю новую претензию SSI в период, когда на рассмотрении находится мое заявление или апелляция SSI.

Мне будет предоставлено право на объективное слушание, если я не соглашусь с решением SSD относительно возмещения средств.

Я получил (-а) экземпляр буклета «Что нужно знать о программах социального обеспечения» (What You Should Know About Social Services Programs). Я понимаю, что в нем сообщается о промежуточной помощи.

ПОДДЕРЖКА. Подача заявления на получение или получение семейной помощи (Family Assistance, FA), социальной помощи (Safety Net Assistance, SNA) или средств на патронатное воспитание согласно разделу IV-E оформляется как передача штату или районному отделению социального обеспечения населения прав на поддержку со стороны любого другого лица, которые заявитель или получатель может иметь от своего имени или от имени члена семьи, за которого заявитель или получатель оформляет заявление на помощь или получает помощь (Закон о социальных службах (Social Services Law), разделы 158 и 348). В некоторых ситуациях такая передача прав ограничена. Дополнительные сведения о передаче прав содержатся в других разделах данной заявки на повторное подтверждение прав.

ПЕРЕДАЧА ПРАВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОДДЕРЖКИ. Я понимаю, что мне будет предоставлена форма LDSS-5145 «Направление на участие в программе материальной поддержки детей», которую необходимо заполнить и вернуть в отдел по взысканию алиментов на ребенка. За исключением ситуаций домашнего насилия или других уважительных причин, в качестве условия получения помощи я понимаю, что обязан (-а) сотрудничать с отделом по взысканию алиментов на детей для установления местонахождения любого родителя, не являющегося опекуном, предполагаемого родителя или родителя, устанавливающего права, установления законного родства для каждого лица в возрасте до 21 года, родители которого не состояли в браке, а также для установления, изменения и/или принудительного исполнения приказов о выплате алиментов. Я также понимаю, что мне будет предоставлена форма LDSS-4279 «Уведомление об обязанностях и правах по алиментам» в которой разъясняются мои обязанности и права, если я не буду сотрудничать с отделом по взысканию алиментов.

Я передаю штату и районному отделению службы социальной защиты населения любые имеющиеся у меня права на поддержку со стороны лиц, несущих юридическую ответственность за мою поддержку, и любые имеющиеся у меня права на поддержку за члена семьи, для которого я подаю заявление или получаю помощь. В случае подачи заявления на получение или получения семейной помощи или социальной защиты передача мной прав поддержки ограничивается поддержкой, которая накапливается за период, когда я и/или член моей семьи получаю помощь. Однако все права на поддержку, которые я передал (-а) штату за себя или за какого-либо члена семьи до 1 октября 2009 года, остаются переданными штату.

ПРОГРАММА ПОМОЩИ ДЛЯ ОТОПЛЕНИЯ ЖИЛЬЯ. Я понимаю, что, подписывая это заявление/подтверждение, я даю согласие на проведение расследования с целью проверки или подтверждения предоставленной мною информации и другого расследования любым уполномоченным государственным органом в связи с пособием по Программе помощи для отопления жилья. Я также даю согласие на то, чтобы информация, указанная в данной заявке на повторное подтверждение прав, использовалась для направления в доступные программы помощи в утеплении жилья и программы для малоимущих, предлагаемых моей коммунальной компанией.

Я понимаю, что государство будет использовать мой номер социального страхования, чтобы проверить у поставщиков моей домашней энергии факт получения помощи в рамках HEAP. Данное разрешение также включает разрешение любому из поставщиков энергии для моего дома (включая мою коммунальную компанию) предоставлять определенную статистическую информацию (в том числе, в частности, данные о моем годовом потреблении электроэнергии, стоимости электроэнергии, потреблении топлива, типе топлива, годовой стоимости топлива и истории платежей) в Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк (OTDA), в районное отделение службы социальной защиты населения и Министерство здравоохранения и социального обеспечения США в целях оценки эффективности Программы помощи для отопления жилья для малоимущих.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАПАДЕНИЯ. Если вы стали жертвой сексуального нападения, вы имеете право обратиться за справочной информацией в районное отделение службы социальной защиты населения. Если вы запрашиваете справочную информацию, районное отделение службы социальной защиты населения обязано предоставить вам адреса и телефоны: 1) местных больниц, которые предлагают услуги эксперта-криминалиста по вопросам сексуальных нападений, сертифицированные Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк; 2) кризисных центров для жертв изнасилования и 3) местных услуг поддержки, консультирования и горячих линий, предназначенных для жертв сексуальных нападений. Кроме того, округ социального обеспечения должен сообщить вам номера телефонов горячей линии штата Нью-Йорк для жертв сексуальных нападений и домашнего насилия: (800) 942-6906 и (800) 818-0656 (TTY).

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРАВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ. Если я подаю заявку на получение помощи по уходу за детьми, я подтверждаю, что ресурсы моей семьи не превышают суммы в 1 000 000 долларов.



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____ Date _____ / _____ / _____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ই-ইলেক্ট্রনিক পথে চান তবে ১-৮০০-৩৬৭-৮৬৮৩ নম্বরে (ফোন করুন)

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____		
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____		For Board Use Only
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____		
6	Date of Birth	7	Gender (optional)
		8	Telephone (optional)
		Email (optional) _____	
10	The last year you voted _____ In county/state _____	9	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number _____
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party		
12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. 		
		Signature or Mark in ink _____	Date _____ / _____ / _____

(Optional) Register to donate your organs and tissues



Last Name _____		
First Name _____	Middle Initial _____	Suffix _____
Address _____		
Apt Number _____	City/Town/Village _____	Zip Code _____
Birth Date _____	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Height _____ Ft. _____ In.
Eye Color _____	DMV or ID NYC Number _____	Date _____ / _____ / _____
Email _____	Signature _____	Date _____ / _____ / _____

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.