

**ПРОСЬБА ОБ ОБМЕНЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ, ПРИОБРЕТЕННЫХ
НА ПОСОБИЕ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ – SNAP**

Если вы слепы или страдаете серьезными нарушениями зрения, и вам требуется бланк заявления либо эти инструкции в другом формате, вы можете их попросить у вашего отдела социальных служб. Для получения дополнительной информации о имеющихся видах форматов, свяжитесь с вашим отделом социальных служб или посетите страничку www.otda.ny.gov.

Если вы слепы или страдаете серьезными нарушениями зрения, хотели бы вы получать уведомления в другом формате? __ Да __ Нет

**Если да, отметьте предпочитаемый формат: __ Крупный шрифт
__ Диск с форматом данных __ Аудио-диск __ Язык Брайля, если вы подтвердите, что ни один из других форматов вам не подходит.**

Если вам необходимы альтернативные условия, просьба связаться с вашим отделом социальных служб.

ОФИС ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПО ПОМОЩИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ

CASE NAME				ОКРУГ
НОМЕР ДЕЛА		SSN		ДАТА РОЖДЕНИЯ
АДРЕС (вкл. номер дома и квартиры)	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Я, _____, являюсь главой или совершеннолетним членом группы совместно проживающих лиц, дело которых указано выше и хотел (хотела) бы сообщить представителю агентства следующую информацию:

Наша группа лишилась продуктов питания на сумму \$ _____, приобретенных за счет программы дополнительного питания SNAP, которые испортились в результате:

- Перебоев в снабжении электроэнергией Наводнения
 Пожара Другого стихийного бедствия, укажите какого: _____

Примечания сотрудника: _____

Примечания клиента: _____

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ

**НЕ ПОДПИСЫВАЙТЕ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ ДО ТЕХ ПОР, ПОКА ВЫ НЕ ПРОЧИТАЕТЕ ЕГО И НЕ ПОЙМЕТЕ
СМЫСЛ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЙ**

Я понимаю, что представление поддельных документов, в соответствии со статьей 175 уголовного кодекса, является преступлением, и максимальным наказанием за его совершение могут явиться 4 года лишения свободы. Если я совершу такое преступление, я буду подлежать судебному преследованию в соответствии с гражданским и уголовным законодательством США и в соответствии с правилами Офиса штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным.

Я знаю, что у меня есть право на справедливое судебное разбирательство, чтобы оспорить отказ или задержку выдачи замены, испрашиваемой мною для группы совместно со мной проживающих лиц. Обмен будет предоставлен только после беспристрастного слушания, на котором будет принято соответствующее решение.

Я понимаю, что если я не подпишу и не верну это заявление в агентство в течение 10 (десяти) дней с того дня, что я сообщил о потере, агентство не возместит пособие SNAP.

Подпись	Дата
---------	------

*Пожалуйста, верните заполненную форму в ваш местный отдел социальных служб или в местное отделение управления HRA, если вы живете в городе Нью-Йорк (список отделений на вебсайте HRA).