

Заявление на получение льгот/переоформление льгот в рамках Программы дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Если вы незрячий или слабовидящий, хотите ли вы получать уведомления в альтернативном формате? Да Нет

Если да, выберите нужный формат:

- Крупная печать
- Компакт-диск с данными
- 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.

При подаче заявления на получение пособия SNAP.

- Вы можете подать заявление в день получения бланка заявления. Мы обязаны принять ваше заявление, даже если в заявлении указаны только ваши имя и фамилия, адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Дата представления этой информации будет считаться датой подачи вами заявления.
- Чтобы определить ваше право на получение пособия, вы должны полностью заполнить заявление, а также пройти собеседование и подписать соответствующее утверждение на странице 2 заявления/бланка переоформления. Если за вами будет признано право на получение льгот, пособие SNAP будет начислено вам со дня подачи заявления.
- Даже в том случае, если вам или кому-то еще из проживающих с вами лиц пособие SNAP не положено из-за иммиграционного статуса, вы можете подать заявление на получение этого пособия для проживающих с вами правомочных лиц и получать для них пособие SNAP. Например, родители-неграждане могут подать заявление на получение пособия SNAP для своих детей и получать их, даже если сами родители не имеют права на получение этих льгот.
- Вы можете подать заявление на получение пособия SNAP и иметь право на их получение даже в том случае, если срок получения вами Временного пособия истек.

При переоформлении пособия SNAP

- Вы должны подать подписанное и заполненное заявление о переоформлении.

Не забудьте подписать ваше заявление.

Пособие SNAP необходимо сейчас? Возможно, у вас есть право на ускоренное оформление пособия SNAP.

Если у вас и проживающих совместно с вами лиц нет или почти нет источников дохода или наличных средств, **либо** если объем ваших расходов на аренду жилья и коммунальные услуги превышает объем ваших доходов и наличных средств, **либо** если вы являетесь мигрантом или заняты на сезонной работе в сельском хозяйстве, и у вас нет или почти нет источников дохода ко времени подачи заявления, вы, возможно, имеете право на получение пособия SNAP в течение 7 дней со дня подачи заявления на получение этого пособия. Если лицо, проживающее в лечебном учреждении, подает совместную заявку на получение пособий SSI и SNAP во время проживания в учреждении, то днем подачи заявления считается тот день, в котором заявитель был выписан из лечебного учреждения.

Куда можно обратиться с заявлением на получение пособия SNAP

Если вы проживаете **за пределами** г. Нью-Йорка, вы можете подать заявление через Интернет, на сайте nyBenefits.ny.gov. Вы можете также позвонить в местный отдел социальных служб вашего округа (или посетить его) и попросить выслать вам пакет документов для подачи заявления, который потом можно отправить по почте или лично передать в соответствующее ведомство. Вы можете узнать адрес и номер телефона отдела социальных служб вашего округа, позвонив по бесплатному телефону **1-800-342-3009**.

Если вы проживаете в **г. Нью-Йорке** и НЕ собираетесь одновременно подавать заявление на получение временного пособия, вы можете подать заявление через Интернет, на сайте Access HRA. Вы можете также позвонить в отдел выдачи пособия SNAP (или посетить его) и попросить выдать вам пакет документов для подачи заявления. Вы можете узнать адрес и номер телефона отдела SNAP, позвонив по телефону **1-718-557-1399** или по бесплатному телефону **1-800-342-3009**.

Уведомление о недопустимости дискриминации: В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах (Civil Rights Law) и правилами и политикой Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в области гражданских прав, 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 проводить репрессии или возмездие за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть предоставлена на языках, отличных от английского. Лицам, имеющим нетрудоспособность, которым необходима помощь в общении для получения информации о программах (язык Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, сурдоперевод, итд.) рекомендуется обратиться за таковой в ведомство (на уровне штата или на местном уровне), куда они подавали заявление на получение льгот. Лица, страдающие от полной либо частичной потери слуха, либо имеющие расстройства речи, могут связаться с Департаментом USDA с помощью Федеральной коммутационной службы по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заявитель должен заполнить форму AD-3027 «Форма жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA» (USDA Program Discrimination Complaint Form), которую можно скачать в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, получить в любом офисе USDA или заказать по телефону (833) 620-1071, или отправить письмо почтой 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 на один из следующих адресов:

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

Эта организация является поставщиком равных возможностей. **Не отправляйте заявление на этот адрес!**

Не забудьте подписать ваше заявление.

Заявление на получение льгот/переоформление льгот в рамках Программы дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Сведения о заявлении

SSN: _____ Дата рождения: _____

Ваше ФИО (фамилия, имя, отчество): _____

Номер телефона для дневных звонков (с кодом города): _____

Домашний адрес (улица, номер квартиры): _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Почтовый адрес (если отличается): _____

Ваша этническая/расовая принадлежность: Эта информация собирается для того, чтобы обеспечить справедливое отношение ко всем. Ваш ответ является добровольным, и он не повлияет на правомочность вашей заявки или размер пособия.

Этническая принадлежность: Испанского/латиноамериканского происхождения? Да Нет

Расовая принадлежность: (отметьте всё, что подходит)

американский индеец или коренной житель Аляски азиат чернокожий или афроамериканец

коренной гаваец или другой житель тихоокеанского региона белый

Язык: Пожалуйста, скажите нам, на каком языке вы говорите _____

Вы гражданин США? Да Нет

Вы живете в штате Нью-Йорк? Да Нет **В каком округе вы живете?** _____

У вас особая ситуация? (Отметьте все, что к вам относится.)

Физическое/психическое повреждение Слабослышащий Слабовидящий

Требуется переводчик Требуется язык жестов Прочее: _____

Кто-то помог вам заполнить эту форму? Да Нет

Имя человека, который вам помогает: _____

Его телефонный номер с кодом города: _____

Сведения о проживающих совместно лицах:

Перечислите людей, которые проживают вместе с вами:

Имя (фамилия, имя, средний инициал): _____ SSN: _____

Дата рождения: _____

Пол: Мужской Женский X

Другая идентичность: _____ Язык: _____

Имя (фамилия, имя, средний инициал): _____ SSN: _____

Дата рождения: _____

Пол: Мужской Женский X

Другая идентичность: _____ Язык: _____

Имя (фамилия, имя, средний инициал): _____ SSN: _____

Дата рождения: _____

Пол: Мужской Женский X

Другая идентичность: _____ Язык: _____

Получаете ли вы или кто-либо еще в вашем доме какой-либо из следующих видов дохода?

Вид дохода	Размер дохода	Периодичность	Имя человека, получающего доход
Социальное страхование			
SSI			
Пенсия			
Пособия ветерану ВС			
Компенсация работникам			
Заработная плата			
Прочее			

Вы оплачиваете расходы по уходу за иждивенцами? Да Нет

Оплачиваете ли вы другие медицинские расходы, например рецепты, лекарства, отпускаемые без рецепта, диабетические средства, очки, стоматологические расходы, слуховые аппараты и т. д.? Да Нет

Сколько вы платите за аренду или ипотеку каждый месяц? \$ _____

Оплачиваете ли вы что-либо из перечисленного ниже:

Я плачу за отопление (мазут, газ, электричество, пропан и т. д.) или делю с другими расходы. Да Нет

Есть кондиционер на лето, и я плачу за электричество или делю эти траты с другими лицами Да Нет

Есть кондиционер, которым я пользуюсь летом, и я плачу за его использование Да Нет

Я плачу за электричество или газ или делю эти траты с другими Да Нет

Я оплачиваю телефонные услуги, в том числе мобильную связь (не предоплаченный телефон Да Нет

Доверенное лицо – вы можете уполномочить кого-либо, кто знает обстоятельства вашего домашнего хозяйства, **подать** заявление на SNAP от вашего лица. Вы также можете уполномочить кого-либо за пределами вашего домохозяйства получить карту уполномоченного представителя EBT для покупки продуктов питания для вас. Если вы хотите кого-то уполномочить, вы должны сделать это в письменном виде. Для этого вам следует вписать печатными буквами имя и фамилию этого лица, его адрес и телефон ниже. Когда доверенное лицо подает заявление на получение пособия SNAP от имени группы совместно проживающих лиц, и эта группа не проживает в одном доме, то и доверенное лицо, и глава группы или другое ответственное взрослое лицо, живущее с группой совместно проживающих лиц должны поставить подпись и дату подписания в конце настоящей страницы, в случае если не имеется официального представителя, уполномоченного представлять группу проживающих лиц с разрешением в письменном виде.

Если вы хотите назначить доверенное лицо, впишите печатными буквами ФИО, адрес и телефон.

Имя, фамилия _____

Адрес: _____ Телефон: _____

Поставьте галочку, если вы хотите, чтобы доверенное лицо получило карту EBT для покупки продуктов для вас.

Для того чтобы иметь возможность принять ваше заявление, вы должны поставить ниже подпись и дату

Засвидетельствование: Подписывая это заявление, я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что я прочитал(-а) (или мне прочитали), понимаю и соглашаюсь с правами и обязанностями, приведенными на страницах 4 – 6 заявления, и ответы в заявлении и любом дополнительном документе, который я предоставляю в Департамент в будущем, являются точными и полными, насколько мне известно. Я прочитал(-а) предупреждение о штрафных санкциях за нарушение правил SNAP на своем родном языке или мне его прочитали и дали соответствующие пояснения. Я также подтверждаю, что все члены моей семьи, пользующейся программой SNAP, обращающиеся за пособиями SNAP, являются либо американскими гражданами, либо негражданами, имеющими должный иммиграционный статус.

См. страницы 4–6, которые содержат предупреждение о мерах наказания за нарушение правил получения пособия SNAP и ваши права и обязанности.

Для завершения процесса подачи заявления поставьте подпись ниже.

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

Подпись доверенного лица: _____ Дата: _____

Инструкции по заполнению формы заявления

- Постарайтесь ответить на как можно больше вопросов.
- На странице 1 бланка заявления укажите номер телефона, по которому с вами можно связаться в будние дни или оставить сообщение.
- **Не забудьте подписать ваше заявление перед его подачей.**
- Обязательно ознакомьтесь с прилагаемым уведомлением о правах и обязанностях и предупреждением о мерах наказания за нарушение правил получения пособия SNAP на следующих страницах.
- **Незавершенное заявление можно подать, заполнив на лицевой стороне свое имя и адрес, а на оборотной стороне поставив свою подпись; остальную часть заявления можно заполнить позже. Этот минимум информации определит дату подачи вашего заявления.**
- **Пособие SNAP вступают в силу с момента подачи вами заявления.**

Вы должны пройти собеседование: мы рассмотрим вашу заявку, когда она будет получена, и свяжемся с вами, чтобы обсудить информацию, которую вы предоставили по вашей заявке.

Примечание: если мы не сможем связаться с вами, вы получите письмо о собеседовании по телефону.

Вы должны представить подтверждение: во время вашего собеседования мы объясним, какую информацию вам необходимо будет предоставить для получения SNAP. Мы вышлем вам проверочный контрольный список с пунктами, информацию по которым вы должны предоставить. У вас есть 30 дней с момента получения вашей заявки, чтобы предоставить нам необходимую и подтвердить представленные данные. Обязательно обратитесь к нам за помощью, если у вас возникли трудности с получением этих документов.

Решение: вы получите решение по вашему заявлению в течение 30 дней.

Какое подтверждение мне нужно будет предоставить?

Ниже представлена основная информация, которую вам нужно будет подтвердить при подаче заявления на SNAP:

- **Документ с указанием вашего имени и адреса:**
- Если у вас нет адреса, пожалуйста, сообщите нам об этом.
- **Подтверждение дохода**
- Письмо о назначении пособия или прямой депозитный отчет о нетрудовых доходах, в том числе о суммах доходов от процентов и о периодичности платежей. Если вы работаете, предоставьте ваши платежные квитанции за последние четыре недели, выписки с прямых депозитов или копии чеков.
- **Номера социального страхования для всех участников, подающих заявки.**
- **Подтверждение статуса негражданина:** если вы негражданин, подтвердите легальный статус негражданина.
- **Подтверждение некоторых расходов:** хотя это и необязательно, но, если вы предоставите подтверждение одного из нижеперечисленных факторов, ваши пособия по программе SNAP, могут быть выше.
 - **Медицинские расходы:** если вам или кому-то из членов вашей семьи исполнилось 60 лет или вы имеете подтвержденную инвалидность, *расходы на медицинское обслуживание, оплачиваемые самостоятельно, должны быть подтверждены* квитанциями о совместных платежах, взносами за медицинскую страховку или квитанциями о вставных зубах, очках, слуховых аппаратах, батареях для слуховых аппаратов, лекарствах по рецепту, болеутоляющих средствах или лекарствах, отпускаемых без рецепта врача, а также о транспортировке для получения и потребления медицинских услуг.
 - **Выплаты алиментов на ребенка:** подтверждение, например, судебных документов о том, что вы выплачиваете алименты на ребенка тому, кто не живет с вами, а также выплачиваемой суммы.

Также сообщите нам о том, есть ли у вас какие-либо из нижеперечисленных расходов (это необязательно, но может увеличить ваше пособие по программе SNAP):

1. **Стоимость жилья:** арендные или ипотечные платежи, налоги или страхование на недвижимость.
2. **Коммунальные службы:** расходы на кондиционирование воздуха, мазут для отопления дома, газ для отопления, дрова или уголь для отопления, газ для приготовления пищи, электричество, телефон (включая мобильные телефоны) или другие коммунальные расходы, такие как расходы на воду, канализацию или вывоз мусора.
3. **Расходы по уходу за иждивенцем:** на дому или вне дома.

Ознакомьтесь с приведенной ниже важной информацией

Предупреждение о мерах наказания за нарушение правил получения пособия SNAP. Любая предоставляемая вами информация в связи с вашим заявлением на получение пособия SNAP подлежит проверке компетентными официальными лицами на федеральном уровне, на уровне штата и на местном уровне. Если какая-либо информация является недостоверной, вам может быть отказано в получении SNAP. Вы можете понести уголовную ответственность за предоставление заведомо неправдивой информации, которая повлияет на размер получаемого пособия. Лица, нарушающие условия условно-досрочного освобождения или освобождения на поруки, пытающиеся скрыться от преследования, задержания или взятия под стражу за совершение уголовного преступления, не имеют права на получение SNAP.

Если мы установим, что член вашей группы совместно проживающих лиц преднамеренно нарушил правила программы (Intentional Program Violation (IPV)), он не сможет получать пособие SNAP в течение определенного периода.

- 12 месяцев за первое нарушение правил программы SNAP.
- 24 месяца за второе нарушение правил программы SNAP.
- 24 месяца за первое нарушение правил программы SNAP в случае установления судом использования пособия SNAP виновным при покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача).
- 120 месяцев в случае установления вины в представлении ложных сведений о себе, о своем месте жительства с целью многократного получения пособия SNAP, кроме случаев пожизненной дисквалификации по причине третьего преднамеренного нарушения правил программы SNAP.
- Кроме того, решением суда нарушитель может быть в отдельных случаях лишен участия в программе SNAP на дополнительный 18-месячный срок.
- Пожизненная дисквалификация виновного наступает в следующих случаях:
 - Первое преднамеренное нарушение правил программы SNAP в случае установления судом использования пособия SNAP виновным при продаже оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.
 - Первое преднамеренное нарушение правил программы SNAP в случае установления судом незаконного оборота пособия SNAP на общую сумму 500 или более долларов США. (Под незаконным оборотом подразумевается незаконное использование, передача, приобретение продуктовых карточек, карт, подтверждающих полномочия участника программы, или средств доступа, а также внесение изменений или владение таковыми).
 - Второе преднамеренное нарушение правил программы SNAP в случае установления судом использования или получения пособия SNAP виновным при покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача).
 - Любое третье преднамеренное нарушение правил программы SNAP.

Любое лицо, признанное виновным в заведомом использовании, передаче, покупке, махинациях с или владении карточками, подтверждающими полномочия участника программы или средствами доступа к SNAP, может подвергнуться штрафу в размере 250 000 долларов, тюремному заключению сроком до 20 лет, или и тому и другому. А также дело может быть передано в суд на основании соответствующего федерального законодательства и законодательства штата.

Вы можете потерять право на получение SNAP или быть признаны виновным(-ой) в умышленном нарушении правил программы, если вы:

- Предоставите неправдивые или вводящие в заблуждение сведения или исказите, скроете или не сообщите те или иные данные с целью получения пособий по программе или увеличения количества выплачиваемых вам льгот; или
- Приобретете товары за пособие SNAP для получения наличных путем намеренного выбрасывания товара и возврата контейнера за сумму депозита; или
- Совершение или попытка совершения любого деяния, представляющего собой нарушение федеральных законов или законов штата с целью использования, предоставления, передачи, получения, владения или незаконной перепродажи продовольственной помощи, карт, подтверждающих полномочия участника программы, или документов многократного применения, использующихся в рамках электронной системы передачи льгот (Electronic Benefit Transfer, EBT).
- Кроме того, запрещается нижеперечисленное, и вам могут прекратить выдачу пособия SNAP и/либо применить к вам иные санкции в случаях, если вы:
 - Используете и имеете при себе карты EBT, не принадлежащие вам, без разрешения на то владельца; или
 - Используете пособие SNAP для приобретения непродовольственных товаров, таких как алкоголь или сигареты, либо оплачиваете продукты питания, ранее приобретенные в кредит; или
 - Позволяете какому-либо лицу использовать вашу карточку EBT в обмен на наличные, оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества либо наркотики, либо будете использовать пособие для оплаты продуктов питания для лиц, не проживающих вместе с лицами, имеющими право на пособие SNAP.

Переплата: если вы получили больше пособий SNAP, чем должны были получить (переплата), вы должны будете вернуть переплату. Если ваше дело активно, мы вычтем сумму переплаты из будущих пособий SNAP. Если ваше дело закрыто, можно вернуть переплату за счет любых неиспользованных пособий SNAP, оставшихся на счету, или вы можете заплатить наличными.

Если у вас имеется непогашенная переплата, данные о ней будут переданы в соответствующие организации для обеспечения ее погашения, включая автоматизированные вычеты, осуществляемые федеральным правительством. Федеральные пособия (такие как социальное страхование) и возмещения налогов, на получение которых вы имеете право, могут использоваться для погашения переплаты. За оформление и обработку задолженности также взимается плата.

Любые пособия SNAP, удаленные со счета EBT, будут использованы для погашения текущих переплат. Если вы вновь подадите заявление на получение пособия SNAP, и за вами будет числиться долг, то в случае, если пособие будет вам предоставлено, его размер будет сокращен. В этом случае вы будете уведомлены о сумме, на которую уменьшено пособие, которые вы получите.

Согласие: Я понимаю, что, подписывая настоящее заявление, я тем самым даю согласие на проведение Офисом штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) или местным отделом социальных служб любых проверок с целью подтверждения представленной мной информации, а также любых других проверок, предпринимаемых этим ведомством в связи с моей просьбой о предоставлении пособий по программе SNAP. Если будет запрошена дополнительная информация, я ее предоставлю. Обязуюсь также оказывать содействие сотрудникам официальных органов штата и федеральных органов при проверке ими качества работы (Quality Control Review) программы SNAP.

Я понимаю, что, подписывая это заявление/подтверждение, я даю согласие на проведение расследования с целью проверки или подтверждения представленной информации, а также на проведение любого другого расследования любым правомочным агентством в связи с предоставлением пособия HEAP. Я также даю согласие на то, чтобы информация, предоставленная в этой заявке, использовалась для перенаправления в базы данных доступных программ помощи при утеплении, а также программ моей коммунальной компании для людей с низким уровнем дохода. Я понимаю, что мой номер социального обеспечения будет использован для того, чтобы проверить у моих поставщиков домашней энергии факт получения мною льгот по программе HEAP. Данное согласие также свидетельствует о том, что я даю разрешение любым поставщиками моей домашней энергии (включая поставщиков коммунальных услуг) на передачу определенных статистических сведений, включая, помимо прочего, сведения о моем ежегодном потреблении электричества, стоимости электричества, потребления топливных ресурсов за год, типе топлива, ежегодной стоимости топлива, а также сведения о платежах, сотрудникам Офиса по временной помощи и помощи нетрудоспособным (OTDA) и местных органов социальных служб, а также Департаменту здравоохранения и социальных услуг США в целях определения эффективности программы HEAP для лиц с низким доходом (Low Income Home Energy Assistance Program – LIHEAP).

Согласие на предоставление конфиденциальной информации о страховании по безработице (unemployment insurance, UI):

Я даю разрешение Департаменту труда штата Нью-Йорк (New York State Department of Labor, DOL) предоставлять любую конфиденциальную информацию, которая имеется в распоряжении DOL в целях страхования по безработице (Unemployment Insurance, UI), Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным (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 OTDA, а также сотрудники органов штата и служащие местных отделов социальных служб будут использовать информацию о страховании по безработице для определения или подтверждения права на получение соответствующих льгот в рамках программы SNAP, указанных в этом заявлении, и для проверок с целью выяснения, не выдавались ли мне пособия, на получение которых я не имел (имела) права.

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 (New York City Housing Authority, NYCHA) передавать информацию о вас в Департамент социального обеспечения города Нью-Йорка (New York City Human Resources Administration)/Департамент социального обслуживания (Department of Social Services) (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 любой информации, получаемой от NYCHA, и может раскрывать ее только агентствам на уровне штата, местном и федеральном уровнях, которые контролируют программы HRA по SNAP и денежной помощи.

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ОБРАЗОВАНИЯ. Я даю разрешение органам социального обеспечения города Нью-Йорк получать информацию об образовании в отношении меня и/или моих несовершеннолетних детей для следующих целей:

1) проверки моего права на получение пособия по программе SNAP; 2) проведения проверок или расследований, вызванных противоречивой информацией, предоставленной в рамках процесса проверки права на получение помощи, а также; 3) предоставления соответствующему федеральному правительственному агентству доступа к этой информации исключительно с целью проведения проверки.

Предоставление информации поставщикам услуг. Я даю разрешение социальным службам и ведомствам штата Нью-Йорк предоставлять информацию о пособиях SNAP, получаемых мной или любым членом моей семьи, которому я вправе предоставить полномочия, в целях подтверждения моего права на получение услуг и платежей, относящихся к управлению программой субподрядчиком на уровне штата или местном уровне. Эти услуги, кроме того, включают в себя услуги помощи в устройстве на работу или профессиональной подготовке, предоставляемые мне или членам моей семьи для устройства на и сохранения работы.

Информация о пособии на покрытие обычных коммунальных услуг (Standard Utility Allowance). Я понимаю, что получатели льгот по программе SNAP в плане дохода однозначно удовлетворяют критериям участия в программе предоставления пособий для оплаты домашних энергоносителей (Home Energy Assistance Program, HEAP). Если я не получаю льгот по программе HEAP в размере более 20 долларов в текущем месяце или за предыдущие 12 месяцев, или льгот по другим подобным программам помощи в оплате энергоносителей, я обязан (обязана) отдельно оплачивать расходы на отопление, кондиционирование или коммунальные услуги для того, чтобы получить Пособие на покрытие обычных коммунальных услуг (Standard Utility Allowance) (SUA).

Изменения – Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять ведомство о любых изменениях моего материального положения, доходов, имущества, жилищных условий, статуса трудоспособного взрослого без иждивенцев ("ABAWD"), включая уменьшение работы в неделю до уровня ниже 80 часов, также изменениях адреса, или в случае беременности, добросовестно предоставляя все сведения согласно обязательным для меня требованиям о предоставлении информации.

Требование представления данных о домашних расходах и подтверждающих документов. Я понимаю, что для получения в рамках программы SNAP вычетов на покрытие расходов по уходу за детьми и оплате коммунальных услуг, я и моя семья должны сообщать о таких расходах. Я также понимаю, что для получения в рамках программы SNAP вычетов на аренду жилья, ипотеку, налогов на недвижимость, страховых взносов, расходах на медицинское обслуживание и выплате алиментов детям, проживающим отдельно, я и моя семья должны подавать и документально подтверждать такие сведения. Я понимаю, что несообщение/непроверка вышеупомянутых расходов будет рассматриваться как заявление моей семьи, что мы не хотим получать вычет за эти несообщаемые/непроверенные расходы. Вычет подобных расходов может дать мне право на получение пособия SNAP или на увеличение размера выдаваемого пособия SNAP. Я понимаю, что могу сообщить/подтвердить эти расходы в любое время в будущем. Упомянутые дополнительные выплаты будут в этом случае включены при начислении SNAP в последующие месяцы в соответствии с порядком уведомления об изменениях и учета изменений.

При подаче заявления на участие в программе SNAP, я понимаю, что отдел социальных служб будет запрашивать и использовать информацию, доступную в Системе проверки дохода и соответствия, для проверки информации в заявлении, и информация может проверяться при помощи контакта с родственниками при обнаружении несоответствий. Я также понимаю, что такая информация может повлиять на мое право на получение пособия SNAP и/либо уменьшить количество выплачиваемого мне пособия.

Заявление о соблюдении закона о неприкосновенности частной жизни – порядок запрашивания и использования номера социального обеспечения (SSN). Согласно Закону о продовольствии и здоровом питании 2008 г. (Food and Nutrition Act of 2008), при сборе сведений для установления прав на получение SNAP разрешено требовать информацию о SSN всех проживающих совместно лиц. Информация, собираемая нами, будет использоваться для определения соответствия вашей семьи требованиям для получения помощи или льгот. Мы проведем сверку представленной заявителем информации с помощью специальных компьютерных программ. Эти сведения будут использованы также для надзора за соблюдением требований программы льгот и для обеспечения дальнейшей реализации программы. Эта информация может быть раскрыта другим федеральным органам или органам штата в целях проведения официальных расследований, а также официальным лицам, представляющим правоохранительные органы, в целях преследования лиц, уклоняющихся от обязанностей перед законом. Представленные сведения будут использоваться для проверки личности и данных о доходах от трудовой деятельности и иных источников.

Если в рамках программы предоставления продовольственной помощи в отношении вашей семьи будет подан какой-либо иск, информация, приведенная в данной заявке, включая все SSN, может быть передана в федеральные органы или органы штата, а также частным организациям по сбору исковых платежей с целью взыскания средств в рамках поданных исков. Каждое лицо, которое подает заявку на SNAP обязано предоставить номер социального страхования (SSN). Номера социального страхования членов семьи, которые не имеют право на получения пособия, также подлежат раскрытию в режиме, описанном выше. Если у вас или у кого-либо из лиц, подающих заявление на получение/переоформление пособия SNAP, нет номера социального страхования, необходимо подать заявление о получении номера в Администрацию социального страхования (SSA.gov).

Кроме того, сотрудники администрации штата пользуются представленной вами информацией для подготовки статистических данных о людях, получающих пособия по программе HEAP. Эта информация используется для контроля качества со стороны штата, чтобы убедиться в том, что местные округа делают все, что в их силах. Информация используется и для того, чтобы удостовериться, кто является поставщиком энергии, и чтобы пересылать этим поставщикам выплаты.

Гражданство и иммиграционный статус. Под страхом обвинения в лжесвидетельстве я заявляю и/или подтверждаю, что вся предоставленная мною информация о гражданстве и иммиграционном статусе в отношении меня самого (самой) и всех членов моей семьи, проживающих со мной, является достоверной и правдивой. Я понимаю, что достоверность любой информации, предоставляемой мною в рамках определения иммиграционного статуса любого лица, подающего заявку на получение льгот по программе SNAP, может подлежать проверке Службой по вопросам гражданства и иммиграции Соединенных Штатов Америки (United States Citizenship and Immigration Services).

Для получения пособия SNAP гражданство должно быть задокументировано только, если оно вызывает сомнение. Не забудьте подписать ваше заявление.