

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

**ОТЧЕТ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ПОЛОЖЕНИИ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ
ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)**

(просьба писать разборчиво и только печатными буквами)

CASE NUMBER

**ВЫ ОБЯЗАНЫ СООБЩАТЬ О ЛЮБЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВАШЕМ
ПОЛОЖЕНИИ В СООТВЕТСТВИИ С ИЗЛОЖЕННЫМИ НИЖЕ ПРАВИЛАМИ:**

ДАТА: _____

КОМУ: _____

АДРЕС: _____

ЗАПОЛНИТЕ ЭТОТ БЛАНК И ОТПРАВЬТЕ ПО АДРЕСУ:

НАИМЕНОВАНИЕ, АДРЕС И ТЕЛЕФОН МЕСТНОГО ОТДЕЛА:

ВАША ОБЯЗАННОСТЬ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Просим внимательно прочесть приведенные вопросы и правила. Если Вы не сообщите о каких-либо изменениях, сообщать о которых Вас обязывают эти правила, мы можем вчинить Вам иск о переплате фудстемпов и взыскать с Вас выплаченную сверх положенного сумму.

Ниже объясняется, о каких изменениях Вы ОБЯЗАНЫ сообщать. Тем не менее Вы можете добровольно сообщать о любом изменении в Вашем положении и в положении проживающих с Вами лиц и, если это изменение ведет к увеличению размера получаемых Вами выплат и Вы удостоверите такое изменение, мы увеличим размер получаемых Вами выплат.

ОТНОСИТЕСЬ ЛИ ВЫ К КАТЕГОРИИ ОТЧИТЫВАЮЩИХСЯ РАЗ В ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ (“SIX-MONTH REPORTER”) ИЛИ К КАТЕГОРИИ ОБЯЗАННЫХ СООБЩАТЬ О ТЕКУЩИХ ИЗМЕНЕНИЯХ (“CHANGE REPORTER”)? ЧТОБЫ ВЫЯСНИТЬ, К КАКОЙ ИЗ ЭТИХ КАТЕГОРИЙ ВЫ ОТНОСИТЕСЬ, ОТВЕТЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

1. Получаете ли Вы фудстемпы в порядке временных/переходных льгот (ТВА)?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «ТВА» на с. 3 (пропустите вопросы 2–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №2 (см. ниже).
2. Получаете ли Вы льготы в рамках программы штата Нью-Йорк по улучшению питания (NYSNIP)?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «NYSNIP» на с. 3 (пропустите вопросы 3–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №3 (см. ниже).
3. Оформляете ли Вы каждый раз на получение фудстемпов на срок не более пяти месяцев?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «Правила отчетности об изменениях» на с. 2 (пропустите вопросы 4–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №4 (см. ниже).
4. Получаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц трудовой доход (заработок), учитываемый в сумме выдаваемых Вам фудстемпов?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «Правила шестимесячной отчетности» в нижней части этой страницы (пропустите вопросы 5–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №5 (см. ниже).
5. Являются ли все взрослые (18 лет и старше), включая Вас и проживающих с Вами лиц, нетрудоспособными или престарелыми в возрасте 60 лет и старше?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «Правила отчетности об изменениях» на с. 2 (пропустите вопросы 6–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №6 (см. ниже).
6. Вы и проживающие с Вами лица не имеете никакого дохода (включая Временное пособие)	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «Правила отчетности об изменениях» на с. 2 (пропустите вопросы 7–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №7 (см. ниже).
7. Являетесь ли Вы лицом без определенного места жительства (без крыши над головой) или сезонным с.–х. рабочим-мигрантом?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «Правила отчетности об изменениях» на с. 2 (пропустите вопрос 8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №8 (см. ниже).
8. Вы ответили «НЕТ» на все 7 приведенных выше вопросов	<input type="checkbox"/> — перейдите к разделу «Правила шестимесячной отчетности» в начале с. 2.	

ПРАВИЛА ШЕСТИМЕСЯЧНОЙ ОТЧЕТНОСТИ. Поскольку на Вас и проживающих с Вами лиц распространяются «Правила шестимесячной отчетности», Вы обязаны сообщать об изменениях только во время Вашего очередного переоформления — за исключением следующих трех случаев:

1. **Если сумма Вашего и проживающих с Вами лиц совокупного месячного дохода превышает 130% уровня бедности, Вы ОБЯЗАНЫ сообщить размер этой месячной суммы в местный отдел социальных служб по телефону, в письменном виде или лично в течение 10 календарных дней по истечении каждого календарного месяца.** Совокупный месячный доход — это сумма дохода до вычета налогов и прочих удержаний, а не сумма, которую Вы получаете при обналичивании своего чека. При установлении наличия у Вас прав на получение фудстемпов мы обязаны исходить из совокупного месячного дохода. Ваш ведущий разъяснит Вам, что означает «130% уровня бедности» для семьи такого состава как Ваша. При определении возможного превышения Вами этого 130%-ного уровня в совокупную сумму Вашего дохода включаются все иные виды поступлений, получаемых Вами помимо заработков. Примерами таких поступлений могут служить выплаты на содержание детей, выплаты Пособия по безработице, выплаты Временного пособия (ТА), выплаты компенсации в связи с производственной травмой, льготы Социального обеспечения, Дополнительный социальный доход (SSI) и выплаты пособий по нетрудоспособности из частных фондов. Если Вы не сообщите, что в какой-либо календарный месяц Ваш совокупный доход превысил 130% уровня бедности, все выплаты, полученные после этого месяца, могут считаться переплатой — даже в том случае, если в следующем месяце Ваш совокупный доход вновь упадет ниже 130% уровня бедности.
2. **Если период оформления Ваших документов и документов проживающих с Вами лиц превышает 6 месяцев, при наступлении шестимесячного срока оформления Вы получите бланк отчетности, который Вы ОБЯЗАНЫ вернуть в течение десяти дней после его получения.** Если в Вашем положении и в положении проживающих с Вами лиц произошли какие-либо из перечисленных ниже изменений, Вы **ОБЯЗАНЫ** сообщить о них в бланке отчетности, присылаемом Вам по истечении шестимесячного срока.

Перечень изменений, о которых Вы обязаны сообщить по истечении шестимесячного срока:

- любое изменение **источников дохода** (Ваших и проживающих с Вами лиц);
 - изменение совокупной суммы **заработков** (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 100 долл. в месяц;
 - изменение совокупной суммы **денежных поступлений** (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 50 долл. в месяц и эти средства поступают **из общественных фондов**, таких как льготы Социального обеспечения, фонды Пособий по безработице (UIB) и т.п.;
 - изменение совокупной суммы **денежных поступлений** (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 100 долл. в месяц и эти средства поступают **из частных фондов**, таких как выплаты на содержание детей, выплаты по нетрудоспособности из частных страховых фондов и т.п.;
 - изменение, по решению суда, **сумм, выплачиваемых Вами на содержание детей** в пользу живущего отдельно от Вас ребенка;
 - изменение **состава проживающих с Вами лиц**;
 - **в случае переезда** — Ваш новый адрес, новые размеры арендной платы или взноса по ипотечной ссуде, платы за отопление и коммунальные услуги;
 - **новый или другой автомобиль** либо иное транспортное средство;
 - увеличение сумм имеющихся у Вас и проживающих с Вами лиц **наличности, акций, облигаций, наличности на счетах в банках** или сберегательных учреждениях в тех случаях, когда общая сумма наличности и сбережений у Вас и проживающих с Вами лиц достигнет или превысит 2000 долл. (3000 долл., если кто-либо из вас является нетрудоспособным или достиг возраста 60 лет);
 - любые изменения в Вашем положении и в положении проживающих с Вами лиц, если эти изменения могут повлечь за собой санкции, указанные на стр. 6.
3. **Если Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев (“ABAWD”), Вы ОБЯЗАНЫ** в течение 10 дней по окончании месяца сообщить, отрабатываете ли Вы менее 80 часов в месяц.

ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Поскольку на Вас и проживающих с Вами лиц распространяются «Правила отчетности об изменениях», Вы **ОБЯЗАНЫ** сообщать о перечисленных ниже изменениях в течение 10 дней с момента, когда произошло изменение:

- любое изменение **источников дохода** (Ваших и проживающих с Вами лиц);
- изменение совокупной суммы **заработков** (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 100 долл. в месяц;
- изменение совокупной суммы **денежных поступлений** (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 50 долл. в месяц и эти средства поступают **из общественных фондов**, таких как льготы Социального обеспечения, фонды Пособий по безработице (UIB) и т.п.;
- изменение совокупной суммы **денежных поступлений** (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 100 долл. в месяц и эти средства поступают **из частных фондов**, таких как выплаты на содержание детей, выплаты по нетрудоспособности из частных страховых фондов и т.п.;
- изменение, по решению суда, **сумм, выплачиваемых Вами на содержание детей** в пользу живущего отдельно от Вас ребенка;
- изменение **состава проживающих с Вами лиц**;
- **в случае переезда** — Ваш новый адрес, новые размеры арендной платы или взноса по ипотечной ссуде, платы за отопление и коммунальные услуги;
- **новый или другой автомобиль** либо иное транспортное средство;
- увеличение сумм имеющихся у Вас и проживающих с Вами лиц **наличности, акций, облигаций, наличности на счетах в банках** и сберегательных учреждениях в тех случаях, когда общая сумма наличности и сбережений у Вас и проживающих с Вами лиц достигнет или превысит 2000 долл. (3000 долл., если кто-либо из вас является нетрудоспособным или достиг возраста 60 лет);
- Если Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц является **трудоспособным взрослым без иждивенцев (“ABAWD”)**, Вы обязаны в течение 10 дней по окончании месяца сообщить, отрабатываете ли Вы менее 80 часов в месяц.
- любые изменения в Вашем положении и в положении проживающих с Вами лиц, если эти изменения могут повлечь за собой санкции, указанные на стр. 6.

ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ для получателей временных/переходных льгот (ТВА)

- Временные/переходные выплаты фудстемпов могут продолжаться до пяти месяцев после закрытия Вашего дела о предоставлении Временного пособия.
- В течение переходного периода Вы не обязаны сообщать об изменениях. Если в Вашем положении произошли изменения, в результате которых сумма выплачиваемых Вам фудстемпов может возрасти, Вы можете в любое время в течение этого переходного периода обратиться к своему ведущему для подачи заявления о досрочном переоформлении на получение большего количества фудстемпов. Количество выдаваемых Вам фудстемпов может быть увеличено только после подачи заявления о досрочном переоформлении и проведения такового в полном объеме.
- Вы обязаны пройти переоформление ближе к концу временного/переходного периода, чтобы выяснить, имеете ли Вы право на получение фудстемпов по окончании этого периода. Мы направим Вам напоминание о записи на прием по поводу переоформления. Если Вы не пройдете переоформление, мы обязаны закрыть Ваше дело о получении фудстемпов без дальнейших извещений и напоминаний.

ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ для участников программы NYSNIP

- Через 24 месяца после Вашего вступления в программу NYSNIP Вы получите письмо–анкету, которое Вы обязаны заполнить и вернуть.
- Помимо этого высылаемого через 24 месяца письма–анкеты, Вы не обязаны сообщать об изменениях до следующего оформления документов на получение фудстемпов. Вы можете по собственной инициативе сообщать об увеличении медицинских расходов, арендной платы и стоимости коммунальных услуг, а также о сокращении объема Ваших доходов. Если Вы сообщите о таких изменениях и представите подтверждающие документы, может оказаться, что у Вас есть право на большее количество фудстемпов. Вы можете сообщить также свой новый адрес при переезде, чтобы к Вам продолжали приходить рассылаемые нами извещения и уведомления.

Медицинские расходы. Вы не обязаны сообщать об изменениях в Ваших медицинских расходах до следующего оформления документов на получение фудстемпов. Однако Вы можете по собственной инициативе сообщать об изменениях объема медицинских расходов на тех лиц (из числа Вас и проживающих с Вами лиц), которые относятся к следующим категориям:

- лица в возрасте 60 лет или старше;
- нетрудоспособные супруги или дети скончавшегося ветерана вооруженных сил США;
- лица, получающие Дополнительный социальный доход (SSI);
- лица, получающие пенсию Социального обеспечения по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию ветерана вооруженных сил США по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию работника государственного учреждения по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию железнодорожного служащего по нетрудоспособности;
- лица, получающие медицинскую помощь по нетрудоспособности.

Если Вы сообщите об увеличении медицинских расходов и представите подтверждающие документы, может оказаться, что у Вас есть право на большее количество фудстемпов. Об изменениях в медицинских расходах необходимо сообщить при очередном переоформлении документов на получение фудстемпов.

Правила отчетности получателей Временного пособия (ТА). Приведенные выше правила действуют только в отношении программы получения фудстемпов. Если Вы получаете также ТА, за Вами сохраняется обязанность сообщать об изменениях для получения ТА в течение 10 дней с момента изменения, заполняя периодически присылаемые по почте бланки отчетности и вопросники по праву получения ТА, а также сообщая об этих изменениях во время переоформления.

Когда пользоваться этим бланком

Этим бланком можно пользоваться для сообщения любых изменений — как в обязательном, так и в добровольном порядке. Вы можете воспользоваться этим бланком также для сообщения об изменениях в расходах по уходу за детьми или нетрудоспособными взрослыми либо об изменениях жилищных расходов, даже если продолжаете жить на прежнем месте. Если эти расходы возросли, может оказаться, что Вы имеете право на большее количество фудстемпов.

Если у Вас есть документальное подтверждение изменений, о которых Вы сообщаете, просим приложить его к этому бланку. Это поможет начислить Вам фудстемпы в надлежащем количестве. **Мы можем увеличить сумму выдаваемых Вам фудстемпов лишь после того, как изменения, о которых Вы сообщаете, будут подтверждены.**

Этот бланк следует отправить по почте или принести лично в указанное выше учреждение. Если по какой-либо причине Вы не в состоянии этого сделать, можете сообщить нам об изменениях по телефону, приведенному на стр.1.

Если Вы больше не хотите получать фудстемпы, Вы можете отказаться от участия в программе их получения, поставив ниже свою подпись. Выплата Вам фудстемпов будет прекращена. Если же Вы считаете, что Вам была представлена неверная или неполная информация о Ваших правах на получение фудстемпов, Вы имеете право оспорить свой отказ и потребовать назначения Объективного разбирательства (Fair Hearing) в течение 90 дней. Вы имеете право вновь подать заявление на получение фудстемпов в любой момент после отказа от участия в программе.

X _____

ПРИ СОКРЫТИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДЛЯ СООБЩЕНИЯ СВЕДЕНИЙ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВАШЕМ ПОЛОЖЕНИИ И ПОЛОЖЕНИИ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ ВЫ БУДЕТЕ ОБЯЗАНЫ ВЕРНУТЬ НАМ СТОИМОСТЬ ВСЕХ ФУДСТЕМПОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ВАМИ СВЕРХ ПОЛОЖЕННОГО КОЛИЧЕСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ ТАКОГО СОКРЫТИЯ. ЗА НАМЕРЕННОЕ СОКРЫТИЕ ТАКИХ СВЕДЕНИЙ ВЫ ТАКЖЕ МОЖЕТЕ БЫТЬ ИСКЛЮЧЕНЫ ИЗ ПРОГРАММЫ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ И ПОДВЕРГНУТЫ УГОЛОВНОМУ ПРЕСЛЕДОВАНИЮ (СМ. ПРИЛАГАЕМУЮ ПАМЯТКУ «ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ» НА СТР. 6).

Приведите сведения об изменениях в приведенных ниже графах

ИЗМЕНЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ ИЛИ ИСТОЧНИКА ДОХОДА. Правила отчетности для лиц, отчитывающихся в шестимесячный срок, приведены на стр. 2. Правила отчетности для лиц, обязанных сообщать об изменениях, также приведены на стр. 2.						
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ ДОХОДА	ИСТОЧНИК ДОХОДА	НОВАЯ СУММА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПОСТУПЛЕНИЯ			
1.		\$				
2.		\$				
3.		\$				
ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ. Укажите ниже всех новых проживающих совместно с Вами лиц, в том числе новорожденных. Укажите также всех, кто въехал, выехал или скончался.						
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ВОЗРАСТ	РОДСТВО	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТЬТЕ ОДНО)	ДАТА	СУММА ДОХОДА	ИСТОЧНИК
1.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$	
2.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$	
3.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$	
4.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$	
ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА						
НОВЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		
ЕСЛИ У ВАС НЕТ ТОЧНОГО АДРЕСА, НАПИШИТЕ, КАК НАЙТИ ВАШ ДОМ (если Вы бездомный, оставьте графу пустой)				№ ТЕЛЕФОНА, ПО КОТОРОМУ ВАС МОЖНО ЗАСТАТЬ () КОД РАЙОНА		
ИЗМЕНЕНИЕ РАСХОДОВ НА ЖИЛЬЕ. Если Вы переехали, Вы обязаны указать ниже расходы на новое жилье. Но даже если Вы живете на прежнем месте, Вы можете воспользоваться этим разделом анкеты, чтобы сообщить об изменениях в размере арендной платы, платежей по ипотечной ссуде или прочих расходов.						
Снимаете ли Вы угол или комнату с пансионом? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, питание в плату <input type="checkbox"/> ВКЛЮЧЕНО <input type="checkbox"/> НЕ ВКЛЮЧЕНО						
АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА ЖИЛЬЕ		ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ МЕСЯЧНУЮ СУММУ	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТЬТЕ ОДНО)	
Платите ли Вы арендную плату за жилье?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> то же <input type="checkbox"/> больше <input type="checkbox"/> меньше	
Оплачиваете ли Вы приведенные ниже расходы отдельно от арендной платы за жилье?		ДА	НЕТ			
• Отопление и (или) кондиционирование воздуха		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Коммунальные услуги (электричество, газ и т.п.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Телефон		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ПЛАТЕЖИ ПО ИПОТЕЧНОЙ ССУДЕ		ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ МЕСЯЧНУЮ СУММУ	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТЬТЕ ОДНО)	
Выплачиваете ли Вы ипотечную ссуду?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> то же <input type="checkbox"/> больше <input type="checkbox"/> меньше	
Оплачиваете ли Вы приведенные ниже виды расходов отдельно от платежей по ипотечной ссуде:		ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ МЕСЯЧНУЮ СУММУ	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТЬТЕ ОДНО)	
• налоги на недвижимость		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> то же <input type="checkbox"/> больше <input type="checkbox"/> меньше	
• страхование дома		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> то же <input type="checkbox"/> больше <input type="checkbox"/> меньше	
• отопление и (или) кондиционирование воздуха		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• коммунальные услуги (электричество, газ и т.п.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• телефон		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Живете ли Вы в квартире по «8-й Программе» (section 8) или в ином субсидируемом жилье? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			Живете ли Вы в государственной квартире? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			

ИЗМЕНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АВТОМОБИЛЕЙ ИЛИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ. Со времени, когда Вы в последний раз сообщали нам о своих транспортных средствах, приобрели (продали, обменяли) ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц автомобиль, грузовик, лодку, автофургон, мотоцикл или иное транспортное средство?

МАРКА	МОДЕЛЬ	ГОД ВЫПУСКА	ЕСЛИ ПРОДАНО, ЗА СКОЛЬКО
1.			\$
2.			\$
3.			\$

ИЗМЕНЕНИЕ СУММЫ СБЕРЕЖЕНИЙ. Укажите **общую** денежную сумму, которая есть в настоящее время у Вас и у всех проживающих с Вами лиц, в том числе сумму наличности, средств на сберегательных и чековых счетах, акций, облигаций и прочих инвестиций. Вы обязаны сообщить нам об **увеличении** общей суммы сбережений до суммы в 2000 долл. или больше (3000 долл., если Вы или кто-то из проживающих с Вами лиц достиг возраста 60 лет либо официально признан нетрудоспособным).

\$

ИЗМЕНЕНИЯ В РАСХОДАХ НА УХОД ЗА РЕБЕНКОМ, ИЖДИВЕНЦЕМ ИЛИ СУММЫ, ВЫПЛАЧИВАЕМОЙ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА. Изменились ли Ваши расходы на уход за ребенком или иждивенцем? Если это так, может оказаться, что Вы имеете право на большее количество фудстемпов.

ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТЬ ОДНО)	НА КОГО?	КОМУ ВЫ ПЛАТИТЕ?	НОВАЯ СУММА	КАК ЧАСТО ПЛАТИТЕ?
1. <input type="checkbox"/> БОЛЬШЕ НЕТ РАСХОДОВ <input type="checkbox"/> ЕСТЬ РАСХОДЫ			\$	
2. <input type="checkbox"/> БОЛЬШЕ НЕТ РАСХОДОВ <input type="checkbox"/> ЕСТЬ РАСХОДЫ			\$	
3. <input type="checkbox"/> БОЛЬШЕ НЕТ РАСХОДОВ <input type="checkbox"/> ЕСТЬ РАСХОДЫ			\$	

ИЗМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДАХ (на услуги врачей, стоматологов, лечебных учреждений, назначенные врачом препараты и т.п.). Вы обязаны сообщать об изменениях в Ваших медицинских расходах только при переоформлении. Однако Вы можете по собственной инициативе сообщать об изменениях объема медицинских расходов на тех лиц (из числа Вас и проживающих с Вами лиц), которые относятся к следующим категориям:

- лица в возрасте 60 лет или старше;
- нетрудоспособные супруги или дети скончавшегося ветерана вооруженных сил США;
- лица, получающие Дополнительный социальный доход (SSI);
- лица, получающие пенсию Социального обеспечения по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию ветерана вооруженных сил США по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию работника государственного учреждения по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию железнодорожного служащего по нетрудоспособности;
- лица, получающие медицинскую помощь по нетрудоспособности.

Если Вы сообщите об увеличении медицинских расходов и представите подтверждающие документы, может оказаться, что у Вас есть право на большее количество фудстемпов.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ВИД РАСХОДОВ	СУММА	КАК ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ ВНОСИТЬ ПЛАТЕЖИ?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

ПРЕДПОЛАГАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО ИЗМЕНЕНИЯ, О КОТОРЫХ ВЫ СООБЩИЛИ, СОХРАНЯТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ МЕСЯЦЕ?

 ДА НЕТ

Если "НЕТ", поясните:

ПОМЕТЬТЕ ЭТУ КЛЕТКУ, ЕСЛИ ВАМ НЕЧЕГО СООБЩИТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ, КАСАЮЩИХСЯ ВАС И ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ

 ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПРОЧЕСТЬ И ПОДПИСАТЬ СТР. 6



ИЗМЕНЕНИЕ ЛЬГОТ

Мы используем приведенные Вами в этом бланке ответы, чтобы установить, изменятся ли льготы, предоставляемые Вам и проживающим с Вами лицам. Прежде чем изменить льготы, мы направим Вам извещение с объяснением этого. Если Вы не согласитесь с нашим решением, у Вас имеется право на объективное разбирательство, на котором Вы обжалуете наше решение.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ (FS)

Все сведения, представляемые Вами в связи с Вашим заявлением на получение фудстемпов, подлежат проверке должностными лицами федеральных ведомств, властей штата и местных учреждений. Если какие-либо сведения окажутся неверными, Вам могут отказать в получении фудстемпов. За умышленное представление ложных сведений Вы можете быть подвергнуты уголовному преследованию.

Вы **никогда** не сможете вновь получать фудстемпы, если:

- Вы вторично признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ и ряда лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на фудстемпы; **или**
- Вы признаны в судебном порядке виновным в продаже или получении огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ в обмен на фудстемпы; **или**
- Вы признаны в судебном порядке виновным в незаконном обороте фудстемпов на сумму не менее 500 долл. Незаконный оборот включает в себя незаконное использование, передачу, приобретение, подделку (или владение) фудстемпов, карточек для их получения и средств доступа к ним; **или**
- Вы признаны в судебном порядке виновным в третьем намеренном нарушении правил программы фудстемпов (Intentional Program Violation - IPV).

Вы не сможете получать фудстемпы в течение двух лет, если Вы в первый раз признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ и ряда лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на фудстемпы.

Если Вы совершили

- первое IPV, Вас лишат фудстемпов на один год;
- второе IPV, Вас лишат фудстемпов на два года.

В дополнение к этому суд может также лишить Вас фудстемпов еще на 18 месяцев.

За представление ложных сведений о собственной личности или о месте проживания с целью многократного получения фудстемпов Вас лишат права на их получение на десять лет (или **пожизненно** — если это третье IPV).

Вас могут признать виновным в намеренном нарушении правил программы (IPV), если:

- Вы представите ложные или вводящие в заблуждение сведения либо извратите, скроете или не представите факты; **или**
- Вы совершите какое-либо действие, являющееся нарушением федерального закона или закона штата, с целью использования, предъявления, передачи, приобретения, получения, обладания или оборота талонов, карточек для их получения или документов многократного пользования, используемых в системе электронного перевода пособий (Electronic Benefit Transfer - EBT).

Вас могут также подвергнуть штрафу в размере до 250 тыс. долл., тюремному заключению на срок до 20 лет или и тому и другому.

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ

Я осведомлен(а) об ответственности за сокрытие сведений и за представление ложных сведений. Я также осведомлен(а) о том, что буду обязан(а) вернуть все выплаченные мне лишние фудстемпы, которые я получил(а) вследствие того, что не сообщил(а) в полном объеме об изменениях в моем положении и в положении проживающих со мной лиц. Я согласен (согласна) документально удостоверить любые изменения, о которых сообщил(а), если в этом возникнет необходимость. Ответы на вопросы данной анкеты являются, насколько мне известно, полными и верными. Мне известно, что своей подписью я предоставляю должностным лицам федеральных ведомств, властей штата и местных учреждений право обращаться к другим лицам и организациям для проверки представленных мною сведений.

ПОДПИСЬ

ДАТА

X