



ОФИС ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПО ПОМОЩИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ  
КАК ЗАПОЛНЯТЬ БЛАНК АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ НА ОФОРМЛЕНИЕ / ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SNAP) И ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПОЛУЧАТЕЛЯ, УЧАСТВУЮЩЕГО В ПРОГРАММЕ SNAP



*Данная форма бланка предназначена для подающих заявление ТОЛЬКО на получение пособия 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 (SSD). В наличии следующие форматы:

- Крупный шрифт;
- Формат данных (файл для электронного диктора);
- Аудио-формат (аудиозапись инструкций или вопросов заявления);
- Язык Брайля, если вы подтвердите, что ни один из других форматов, указанных выше вам не подходит.

Заявления и инструкции к ним можно также распечатать крупным шрифтом либо воспользоваться электронным файлом или аудиозаписью, предлагаемых на сайте [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov). Обратите внимание на то, что заявления в записи и на языке Брайля доступны только в целях предоставления информации. Чтобы подать заявление, оно должно быть выполнено только в письменном формате.

Если в виду любого физического или умственного недостатка, нарушения или состояния вы не можете самостоятельно заполнить настоящую форму и/или ожидаете устного собеседования, известите об этом ваш отдел социальных служб (SSD). В отделе постараются сделать все возможное, чтобы предоставить вам необходимую помощь в разумных пределах.

Если вам необходимы альтернативные условия или другая помощь в заполнении этого заявления, сообщите об этом в SSD. Мы всячески стремимся профессионально и с тактом помогать вам и поддерживать вас.

Если вы подаете заявление только на получение пособия SNAP, вы можете использовать этот сокращенный вариант анкеты-заявления. Если же вы хотите подать заявление на получение других видов льгот, таких как временное пособие, пособие по уходу за детьми, пособие для оплаты домашних энергоносителей или льготы по программе медицинской помощи (Медикэйд), попросите выдать вам другую форму анкеты-заявления.

**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 8 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-иммигранты 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.

**Пособие SNAP необходимо вам прямо 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 5 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 [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.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 [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov). 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.

**Вам трудно прийти к нам на собеседование по поводу оформления пособия SNAP?**

Если вам трудно лично явиться на собеседование для подачи заявления на получение пособия SNAP (например, из-за работы, по состоянию здоровья или потому, что ваши дети могут остаться без присмотра), в некоторых случаях мы можем провести собеседование с вами по телефону либо подать заявление от вашего имени может другое лицо. Пожалуйста, свяжитесь с местным отделом социальных служб, если у вас возникли какие-либо вопросы, либо если вы хотите узнать, имеете ли вы право на проведение собеседования по телефону, либо если вам требуется перенести **время собеседования**.

**ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ БЛАНКА АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ НА ОФОРМЛЕНИЕ / ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ SNAP**

Просим ПИСАТЬ синей или черной ручкой и ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ.

НЕ пишите в закрашенных графах.

Если вы заполняете бланк от чьего-то имени, пожалуйста, вносите в него сведения об этом лице, а не о себе.

**ДРУГИЕ ФОРМАТЫ:** Отметьте галочкой "ДА" или "НЕТ", если вы слепы или страдаете серьезными нарушениями зрения и хотели бы получать уведомления в другом формате. Если вы отметили "Да", укажите вид предпочитаемого формата. Имеющиеся альтернативные форматы: крупный шрифт, диск с форматом данных, аудио-диск либо язык Брайля, если вы подтвердите, что ни один из других форматов вам не подходит. Если вам необходимы альтернативные условия или другая помощь в заполнении этого заявления, сообщите об этом в SSD.

**РАЗДЕЛ 1. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ**

**ИМЯ И ФАМИЛИЯ. ВПИШИТЕ** ваши официальные имя и фамилию в следующем порядке: имя, первая буква отчества, фамилия.

**ТЕЛЕФОН. ВПИШИТЕ** домашний номер телефона.

**ЗАПАСНОЙ ТЕЛЕФОН. ВПИШИТЕ** номер другого телефона, по которому с вами можно связаться.

**АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА. ВПИШИТЕ** номер дома, название (номер) улицы, авеню, шоссе и т.п. вашего нынешнего места жительства. **ВПИШИТЕ** название города, в котором вы проживаете. **ВПИШИТЕ** почтовый индекс.

**АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ.** Если вы получаете почту не по месту жительства, **ВПИШИТЕ** в эту графу соответствующий адрес.

**ДРУГИЕ ИМЯ И / ИЛИ ФАМИЛИЯ. ВПИШИТЕ** девичью фамилию, фамилии из предыдущих браков и все имена, которые когда-либо носило или носит каждое из лиц.

Укажите, пометив галочкой в поле () соответствующую клетку, подаете ли вы первичное заявление или переоформляетесь на получение пособия SNAP.

Укажите, на каком языке вы хотели бы получать извещения, поставив галочку в поле () в клетке «испанский и английский» или «только английский».

**РАЗДЕЛ 2.** Распишитесь, поставьте дату и укажите ваш адрес (если имеется) **ТОЛЬКО** если хотите подать заявление, оставив следующую страницу незаполненной для последующего определения даты подачи вами заявления. Вы должны полностью заполнить заявление, включая собеседование, и подписать его на стр. 8, чтобы мы могли определить, имеете ли вы право на получение пособия.

**РАЗДЕЛ 3. СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ**

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ, ДАЖЕ ЕСЛИ ОНИ НЕ ПОДАЮТ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ВМЕСТЕ С ВАМИ.**

Сначала **ВПИШИТЕ** свои имя и фамилию. Затем **ВПИШИТЕ** имена и фамилии других проживающих совместно с вами лиц.

**ВПИШИТЕ,** номер социального страхования SSN (если кто-либо не имеет SSN, поставьте в соответствующих строках «нет»), дату рождения, семейное положение и пол каждого заявителя.

Укажите лицо, подающее заявление, пометив галочкой () клетки «Да» или «Нет».

**ВПИШИТЕ,** кем вам приходится **каждое** из проживающих совместно с вами лиц (например, жена, сын, друг, и т.д.).

Пометьте галочкой (✓) клетку "Да" или "Нет", если это лицо покупает для вас продукты и/или готовит пищу.

Укажите, является ли подающее заявление на льготы лицо испаноязычным или латиноамериканцем, пометив галочкой () клетки «Да» или «Нет».

Проставьте Д (Да) или Н (Нет) во всех клетках, характеризующих расовую принадлежность\*.

\* Коды расовой или этнической принадлежности: I — американские индейцы или коренные жители Аляски, A — лица азиатского происхождения, B — негры или афроамериканцы, P — коренные жители Гавайских островов или выходцы с островов Тихого океана, W — белые

Отвечать на эти вопросы не обязательно. Ответы на эти вопросы не влияют на право получения пособий либо на размер суммы. Эта информация будет использована, чтобы убедиться в том, что льготы предоставляются независимо от расовой принадлежности, цвета кожи или национального происхождения.

**РАЗДЕЛ 4.** Ответьте на все вопросы раздела 4. Обязательно впишите имена лиц, не являющихся гражданами США.

**РАЗДЕЛ 5. СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ.** Укажите все свои доходы и доходы каждого из проживающих с вами лиц. ВПИШИТЕ имя и фамилию лица, получающего доход, источник дохода и периодичность его поступления. К доходам могут относиться: К доходам могут относиться: обычное трудовое вознаграждение (зарплата); доходы до забастовки; зарплата, получаемая во время трудового обучения на работе; выплаты военнослужащим запаса (резервистам) и национальной гвардии; выплаты за обучение без отрыва от производства; алименты; выплаты на содержание ребенка; гранты, стипендии и т.п. на образование; средства, получаемые от друзей или родственников (кроме ссуд); временное пособие; пенсии по возрасту или по выслуге лет; дополнительный социальный доход (SSI); льготы социального страхования; пособие ветерана ВС США; пособие по безработице; компенсация в связи с травмой на производстве; заработки лиц, занимающихся присмотром за детьми либо уборкой жилых или иных помещений; заработок водителя такси; доходы от фермерской деятельности; доходы от квартирантов, пансионеров или от продажи кустарных изделий собственного производства.

**ПРИМЕЧАНИЕ** относительно выплат пособия по уходу за приемными лицами и пособия SNAP. Вы можете включить приемное лицо (несовершеннолетнее или совершеннолетнее) в число проживающих с вами лиц, получающих пособие SNAP. В этом случае любые выплаты по уходу за приемными лицами будут зачтены в доход. Все прочие виды дохода и материальных средств приемного ребенка также будут зачтены в доход. Если у вас есть вопросы по этому поводу, непременно задайте их своему ведущему.

Не забудьте ответить на все остальные вопросы Раздела 5.

**РАЗДЕЛ 6. СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ.** Сведения о материальных средствах не влияют на правомочность большинства лиц, подающих заявление на получение SNAP. Однако некоторая информация о материальных средствах используется для определения того, соответствуете ли вы требованиям для ускоренного оформления заявления.

Ответьте на все вопросы Раздела 6 в отношении как себя лично, так и всех других лиц, подающих заявление на получение пособия SNAP. Впишите сумму в долларах (\$) или в переводе на доллары и имя и фамилию лица, располагающего соответствующими средствами. **Не забудьте указать всё имущество, находящееся в совместном владении с лицами, не проживающими вместе с вами.** К материальным средствам относятся: все наличные деньги, имеющиеся на руках или доверенные другим лицам; чековые или сберегательные счета; сберегательные облигации; персональные пенсионные счета (IRA); пенсионный план; персональный счет для развития собственного бизнеса; акции/облигации; взаимные фонды; трастовый фонд; сертификаты денежного рынка; здания; земельные участки; недвижимость, сдаваемая в аренду; загородные или иные дома помимо вашего жилья.

**РАЗДЕЛ 7. СВЕДЕНИЯ ОБ ОБРАЗОВАНИИ/НАВЫКАХ И ЯЗЫКЕ.** В таблице впишите имя и фамилию каждого проживающего с вами лица (включая себя) в возрасте 16 и старше лет, и поставьте крестик X в поле "Высшая степень образования", чтобы для каждого лица указать следующее: наличие некоторого обучения в школе и отсутствие законченного среднего образования или эквивалентной программы среднего образования (включая лиц, до сих пор обучающихся в школе или по эквивалентной программе), наличие законченного среднего образования или эквивалентной программы среднего образования, наличие диплома младшего бакалавра (2-летнее обучение в колледже), наличие диплома бакалавра (4-летнее обучение в колледже), наличие высшего образования (диплом магистра и выше), наличие законченного обучения по индивидуальной образовательной программе (Individualized Education Plan, IEP) и отсутствие диплома о среднем образовании, либо то, что уровень образования неизвестен. Отвечая на вопрос об уровне владения английским языком, пожалуйста, укажите "основной язык" или "второй язык" для каждого лица. Основной язык - это язык, на котором человек общается наиболее часто. Второй язык означает использование английского языка в англоязычной среде лицами, не являющимися носителями английского языка. Если английский язык не является ни основным, ни вторым языком, напишите "ни тот, ни другой" в соответствующем поле.

Отвечать на эти вопросы не обязательно. Ответы на эти вопросы не влияют на право получения пособий либо на размер суммы. Эти вопросы задаются только для соответствия федеральным требованиям об отчетности.

### **РАЗДЕЛ 8. СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ И РАСХОДАХ**

ВПИШИТЕ сумму, которую вы вносите в качестве платы за аренду жилья, выплаты ипотечной ссуды, пансиона или за проживание в жилище иного типа. Укажите суммы (в долл.), выплачиваемые вами в виде налогов на недвижимость и взносов по страхованию домовладельца.

Если вносимая вами плата за отопление не входит в арендную плату, пометьте (✓) тип системы отопления вашего жилья и укажите название компании и номер вашего счета.

Пометьте также соответствующие клетки,

- если вносимая вами плата за прочие коммунальные услуги не входит в сумму платы за аренду жилья или выплаты ипотечной ссуды и если вам приходится платить за кондиционирование воздуха, указывая в соответствующих случаях, кто оплачивает каждую из статей расходов;
- если кто-либо платит алименты на ребенка по судебному распоряжению, и если так, то укажите кто именно, сколько и как часто платит, а также имя и фамилию ребенка (детей), получающих алименты;
- если кто-то из проживающих совместно слепых, нетрудоспособных, беременных лиц, либо лиц старше 60 лет, и подающих заявление на льготы, имеет счета за медицинские услуги, такие как уход на дому, зубное протезирование, слуховой аппарат, очки, собака-поводырь или животное-помощник, страховые взносы и платежи по медицинскому страхованию, услуги больниц или домов по медицинскому уходу, медицинское или зубоврачебное обслуживание, назначенные врачом препараты или транспортировка больных;
- если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц получает платный Медикэйд (Medicaid with a spenddown), кто именно получает и сколько;
- если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц посещает школу или курсы подготовки, и если да, то кто именно и что посещает, а также статус зачисления.
- если вы или кто-либо из подающих совместно с вами заявление лиц в возрасте от 16 лет и старше беременны, выберите "Да" и печатными буквами впишите свои/их имя и фамилию в соответствующем поле.
- если вы или кто-либо из подающих совместно с вами заявление лиц в возрасте от 16 лет и старше не может работать по медицинским показаниям или не может выполнять определенные виды работы, выберите "Да" и печатными буквами впишите свои/их имя и фамилию в соответствующем поле.

Не забудьте ответить на все остальные вопросы Раздела 8.

**РАЗДЕЛ 9. ЮРИДИЧЕСКИ ВАЖНЫЕ СВЕДЕНИЯ, ОБЯЗАННОСТИ И ШТРАФЫ:** Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам.

**Примечание:** По законам штата Нью-Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения пособия SNAP, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения или штрафа и заключения одновременно.

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 на передачу определенных сведений по статистике поставщиками домашней энергии (а также коммунальных услуг), включая, помимо прочего, сведения о моем потреблении электричества, стоимость электричества, потреблении топливных ресурсов за год, типе топлива, ежегодной стоимости топлива, а также сведения о платежах, сотрудникам Офиса по временной помощи и по 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).

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУСТИМОСТИ ДИСКРИМИНАЦИИ** – В соответствии с федеральным Законом о гражданских правах, положениями и правилами о гражданских правах министерства сельского хозяйства США (USDA), его ведомствам, офисам и сотрудникам, участвующим или управляющим программами USDA, запрещается проявлять дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, пола, религиозных убеждений, наличия нетрудоспособности, возраста, политических убеждений, либо производить ответные действия и пользоваться мерами воздействия за любую предыдущую деятельность, связанную с гражданскими правами в любой программе или действии, организованном или финансируемом USDA.

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 с недостатками слуха или с проблемами речи могут позвонить в USDA по телефону службы Federal Relay Service: (800) 877-8339. Кроме того, информация о программах может быть доступна на других языках, кроме английского.

Для того, чтобы подать жалобу о том, что вы стали объектом дискриминации, вам следует заполнить соответствующий бланк (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027), которую можно найти на сайте [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) или получить в любом отделе министерства сельского хозяйства США (USDA). Вы можете также написать письмо в USDA и изложить в этом письме всю информацию, требуемую в бланке. Чтобы получить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправить заполненный бланк или ваше письмо в USDA:

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) по факсу: (202) 690-7442 или
- (3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Эта организация является поставщиком равных возможностей.

**РАЗДЕЛ 10. ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО ПО ПОСОБИЮ SNAP.** Если вы хотите, чтобы кто-то из не проживающих с вами лиц подал от вашего имени заявление, получал для вас пособие SNAP или покупал для вас продовольствие, **ВПИШИТЕ** имя, фамилию, адрес и телефон этого лица, в случае если не имеется официального представителя, уполномоченного представлять группу проживающих лиц с разрешением в письменном виде.

**РАЗДЕЛ 11. ПОДПИСИ.** Поставьте свою подпись. Если вы являетесь доверенным лицом, то и вы и ответственный группы совместно проживающих лиц, должны подписать и поставить дату подписания на странице 8 заявления об оформлении/переоформлении.

Когда доверенное лицо подает заявление от имени группы совместно проживающих, и эта группа не проживает в одном доме, то уполномоченное лицо, глава группы и другое ответственное взрослое лицо, живущее с группой совместно проживающих лиц должны поставить подпись и дату подписания в конце страницы 8 заявления об оформлении/переоформлении.

**РАЗДЕЛ 12. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ.** Заполните этот раздел, если желаете сообщить нам какие-либо дополнительные сведения, которые, по вашему мнению, могут нам понадобиться.

**РАЗДЕЛ 13. СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ.** Если вы передумаете подавать заявление на получение пособия SNAP, поставьте свою подпись и дату. Вы имеете право вновь подать заявление в любой момент.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Последняя страница этой анкеты-заявления представляет собой заявление на регистрацию избирателя. Если вы желаете, чтобы вам помогли в заполнении заявления на регистрацию избирателя, обратитесь к своему ведущему. Объем помощи, предоставляемой вам нашим ведомством, не зависит от того, подадите ли вы заявление с просьбой о регистрации вас в качестве избирателя или откажетесь подавать таковое.

Сведения, полученные от вас при заполнении бланка анкеты-заявления и во время собеседования, будут внесены в память единой для всего штата компьютерной информационно-управляющей системы социального обеспечения (WMS, Welfare Management System). Эта система предназначена для совершенствования управления социальными услугами и предотвращения мошенничества.

**ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ****ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПОЛУЧАТЕЛЯ, УЧАСТВУЮЩЕГО В ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SNAP)**

Дополнительная информация о ваших правах и обязанностях предлагается в памятках LDSS-4148A-RU; LDSS-4148B-RU и LDSS-4148C-RU. Эти памятки могут быть получены в вашем местном отделе социальных служб, а также они есть в сети Интернет.

**ВЫ ИМЕЕТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВА:**

- Собеседование вам, как заявителю/получателю SNAP, должно быть назначено в кратчайшие сроки, чтобы определить ваше право на получение пособия SNAP и оформить их выдачу в течение 30 дней с момента подачи заявления.
- В чрезвычайных обстоятельствах вы можете потребовать освобождения от обязательной явки на собеседование. Чрезвычайные обстоятельства обычно включают в себя (но не ограничиваются этим): болезнь; трудности с транспортировкой; постоянный уход за одним из проживающих совместно с заявителем лиц; трудности, связанные с проживанием в сельской местности; затянувшуюся непогоду или невозможность явки на прием в часы работы отдела социальных служб из-за их совпадения с часами работы или учебы. **Требование явки на собеседование может быть отменено по вашей просьбе также в том случае, если все совершеннолетние члены группы проживающих совместно лиц являются престарелыми или нетрудоспособными и не получают доход от трудовой деятельности.** Агентство может отменить явку на прием для собеседования и вместо этого провести собеседование по телефону или договориться о посещении заявителя на дому. Место проведения очного собеседования, в том числе по месту жительства заявителей, должно быть приемлемо для обеих сторон и заблаговременно согласовано.
- Вы можете привести с собой на собеседование кого-то, кто переводил бы для вас. Если вам нужен переводчик, ведомство предоставит его вам бесплатно. Вам не может быть отказано в доступе к получению тех или иных услуг по причине того, что вы не владеете в совершенстве английским языком, либо страдаете нарушениями речи или слуха. Для того чтобы обеспечить заявителей / участников, страдающих нарушениями речи или слуха, доступ к службам, местные отделы могут использовать радиорелейные системы ТТУ/ТТД. Если у вас имеются какие-либо специфические нужды, вы можете попросить местный отдел предоставить вам особые приспособления.
- Если вы являетесь нетрудоспособным, у вас есть такие же права на доступ и участие в собеседовании по программе выдачи пособия SNAP, что и трудоспособных лиц.
- В течение 30 дней с момента подачи (оформления) заявления на выдачу пособия SNAP вас обязаны поставить в известность о том, одобрено или отклонено ваше заявление. Если вы имеете право на ускоренное оформление, то в течение 5 дней со дня подачи (оформления) заявления вас должны поставить в известность о том, имеете ли вы право на получение пособия SNAP и/либо уведомить вас о необходимости предоставления дополнительных документов.
- Вам обязаны вручить письменное извещение о положительном или отрицательном решении, принятом по вашему заявлению, причем:
  - в извещении о положительном решении будет указано, какие льготы будут вам предоставлены;
  - в извещении об отказе в удовлетворении вашей просьбы будут указаны причины отказа и те действия, которые вам следует предпринять в случае, если вы не согласны с этим решением или не поняли его.

**ЧТО ТАКОЕ БЕСПРИСТРАСТНОЕ СЛУШАНИЕ**

Беспристрастное слушание дает вам возможность объяснить судье по Административным правонарушениям из Офиса штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным, на каком основании вы сочли неправильным вынесенное социальными службами по вашему делу решение. После слушания официальные органы штата вынесут письменное постановление, в котором будет сказано, верным или неверным является решение, принятое местным отделом социальных служб. Это письменное постановление может обязать местный отдел социальных служб внести коррективы в решение по вашему делу.

**ВРЕМЕННЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАПРОСА НА ПРОВЕДЕНИЕ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ:**

Если вы намерены просить о проведении слушания по вопросам, связанным с пособием SNAP, **звоните не откладывая**, так как сроки подачи запросов ограничены. Если вы пропустите установленные сроки, вам, возможно, не удастся добиться беспристрастного слушания. **Если вы получили извещение о решении по вашему делу** и намерены потребовать провести слушание, сроки подачи соответствующего запроса будут указаны в извещении. **Внимательно прочитайте извещение от начала до конца. Если в полученном вами извещении говорится, что вам отказано в предоставлении пособия SNAP, либо что его предоставление будет прекращено, либо что пособие SNAP будут предоставляться в меньшем количестве, вы имеете право обратиться с просьбой о проведении беспристрастного слушания в течение 90 дней от даты на извещении.** Если вы считаете, что получаете недостаточное количество пособия SNAP, вы можете потребовать провести слушание в любой момент в течение периода оформления.

**ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)****ПОРЯДОК ПОДАЧИ ЗАПРОСА НА ПРОВЕДЕНИЕ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ**

Если вы живете где-либо в штате Нью-Йорк, вы можете заявить свое требование о проведении беспристрастного слушания по телефону, по факсу, через Интернет или в письменной форме, направив свое требование на указанный ниже адрес.

**Номер телефона:** Когда вы звоните, имейте при себе извещение, если у вас имеется таковое. Когда будете звонить, держите под рукой полученное вами уведомление (если вы его получали).

**Факс:** отправьте требование о назначении беспристрастного слушания по номеру: 518-473-6735

**Интернет:** Заполните соответствующую форму на веб-сайте: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**В письменном виде:** Если вы получили извещение, заполните его и вышлите копию извещения (**или** напишите) по следующему адресу:

Fair Hearing Section

NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Fair Hearings

P.O. P.O. Box 1930

Albany, New York 12201-1930 *Сохраните для себя копию высланного вами извещения*

**Явиться лично:** Если вы живете в г. Нью-Йорке, вы также можете лично прийти по адресу Office of Administrative Hearings, Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York

**ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ:** Если вы оказались в чрезвычайных обстоятельствах, Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным незамедлительно назначит объективное разбирательство по вашему делу. Когда вы обращаетесь с устной или письменной просьбой об объективном разбирательстве, не забудьте упомянуть, что ваше положение является крайне тяжелым.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** С запросами на проведение беспристрастного слушания жители г. Нью-Йорка могут обратиться по телефону (800) 205-0110. Этим телефоном можно пользоваться только в самых крайних обстоятельствах! Требования, не являющиеся экстренными, по данному телефону не принимаются.

**УСЛУГИ ПЕРЕВОДЧИКОВ:** Вы имеете право бесплатно воспользоваться услугами переводчика если английский не родной язык или если вы страдаете нарушениями слуха или речи.

**СОХРАНЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ЛЬГОТ:** Если в полученном вами извещении говорится, что вам отказано в предоставлении пособия SNAP, либо что его предоставление будет прекращено, либо что будет сокращен его объем, и вы подали запрос о проведении беспристрастного слушания до **даты действия**, предоставленной на извещении, объем предоставляемой вам денежной или иной помощи в большинстве случаев остается на прежнем уровне ("**сохранение действия льгот**" – "aid continuing") до вынесения решения по итогам слушания. Если вы не получили извещение о решении по вашему делу, а предоставление льгот было прекращено или сокращен их объем, при обращении с просьбой о проведении беспристрастного слушания вы также можете попросить, чтобы ваше пособие SNAP было восстановлено ("**сохранение действия льгот**" – "aid continuing") до вынесения решения по итогам слушания.

Однако если вы пользуетесь "**сохранением действия льгот**" и проиграли слушание, вы будете обязаны вернуть все суммы льгот, полученные за период ожидания решения беспристрастного слушания на условиях "**сохранения действия льгот**". Если вы **не** хотите, чтобы размеры денежного пособия или иных видов предоставлявшейся вам помощи оставались на прежнем уровне до вынесения решения по итогам слушания, вы должны сообщить об этом в Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (по телефону или по почте) в то время, когда просите о проведении беспристрастного слушания.

**КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К БЕСПРИСТРАСТНОМУ СЛУШАНИЮ**

Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным пришлет вам извещение, в котором будет сказано, когда и где состоится беспристрастное слушание. В порядке содействия вашей подготовке к беспристрастному слушанию вам предоставляется право ознакомиться с материалами вашего дела и бесплатно получить копии тех форм и документов, которые будут переданы судье по Административным делам в ходе слушания. Кроме того, вы можете бесплатно получить копии любых других документов из вашего дела, которые, на ваш взгляд, могут понадобиться вам в ходе слушания. Как правило, эти копии выдаются вам до слушания или, в крайнем случае, во время разбирательства. Если вы просили о выдаче каких-либо документов, а местный отдел социальных служб не выдал их вам до или во время слушания, вы должны сообщить об этом судье по Административным делам.

Вам также следует привести с собой на слушание всех свидетелей, которые могли бы подкрепить вашу позицию, а также захватить все имеющиеся у вас документальные подтверждения вашей правоты, в том числе **корешки чеков, счета, квитанции, договоры об аренде жилья, справки от врача**, что поможет вам объяснить почему вы считаете решение отдела социальных служб ошибочным.

### ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)

На слушание вы можете привести с собой адвоката, родственника или знакомого, чтобы они помогли вам объяснить, почему вы считаете вынесенное по вашему делу решение неверным. Если вы считаете, что в ходе беспристрастного слушания вам понадобится помощь адвоката, вам, возможно, удастся получить услуги адвоката бесплатно, если вы обратитесь в местное отделение Общества юридической помощи (Legal Aid) или в Общественную юридическую консультацию (Legal Services Office). Имена других адвокатов можно узнать, позвонив в местную коллегия адвокатов (Bar Association).

На слушании будет присутствовать также сотрудник местного отдела социальных служб, который даст разъяснения о том, почему по вашему делу было принято такое решение. Вам или вашему представителю будет дана возможность задать этому сотруднику и любым свидетелям со стороны отдела социальных служб вопросы по данному делу.

Если вы не можете явиться на объективное разбирательство лично, вы вправе послать туда вместо себя другое лицо. Если лицо, посланное представлять ваши интересы в ходе объективного разбирательства, не является адвокатом, вы должны дать такому лицу письмо к судье по Административным делам. В этом письме должно быть сказано, что данное лицо будет выступать вместо вас. Если административный судья примет решение, что необходимо ваше присутствие и свидетельские показания, возможно слушание будет перенесено на другой день, чтобы вы могли на нем присутствовать. Вас известят о новом дне слушания письменным уведомлением по почте.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** По соответствующему запросу вам могут быть оплачены понесенные вами расходы на проезд общественным транспортом, расходы на уход за детьми и иные необходимые расходы, связанные с явкой на беспристрастное слушание. Если проезд общественным транспортом невозможен, вам могут быть возмещены расходы на проезд иными средствами. Если проезд общественным транспортом невозможен по состоянию здоровья, вам могут быть возмещены расходы на проезд иными средствами, однако у вас могут попросить соответствующую медицинскую справку. Однако у вас могут попросить соответствующую медицинскую справку.

### КАК ОЗНАКОМИТЬСЯ С МАТЕРИАЛАМИ СВОЕГО ДЕЛА (В ТОМ ЧИСЛЕ И НА ИНТЕРНЕТЕ)

После того, как вы подали заявку на получение льгот по программе SNAP или обратились за получением какой-либо иной помощи, был заведен файл, в котором хранятся записи и компьютерные данные о вашем деле. Обычно у вас есть право ознакомиться с этими записями. Обычно вам предоставляется право на ознакомление с этими материалами, однако **не всякая** информация из вашего дела может быть выдана вам для ознакомления. Сотрудник, ведущий ваше дело (ваш ведущий), может разъяснить вам действующий в этом отношении порядок.

В ответ на ваш письменный запрос на выдачу копий ваших личных данных из компьютерной базы данных агентства штата Нью-Йорк, в соответствии с Законом об охране прав личности, обязаны в течение пяти рабочих дней с момента получения вашего письма выслать вам эти материалы **или** сообщить причину, по которой вам не может быть выдана относящаяся к вашему делу информация, **или** сообщить вам, что ваш запрос получен, и Офис выясняет, имеете ли вы право на ознакомление с соответствующими материалами.

### КАК У ЗАЯВИТЕЛЯ / УЧАСТНИКА ПРОГРАММЫ SNAP, У ВАС ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОБЯЗАННОСТИ:

#### Требования, касающиеся участия в трудовой деятельности для подающих на SNAP и получателей.

Если вы не освобождены от обязательной регистрации в качестве подлежащих трудоустройству, вы обязаны:

- Принять предлагаемую работу или направление на вакантное рабочее место;
- Пройти экспертизу на трудоспособность;
- Представлять информацию относительно своей трудовой занятости и готовности принять предлагаемую работу;
- Участвовать в трудовой деятельности в соответствии с назначением, выданным вам местными органами социальных служб.

Вы считаетесь зарегистрированным для участия в трудоустройстве и обязаны пройти регистрацию как подлежащие трудоустройству, за исключением случаев, когда сотрудник социальных служб определит, что вы являетесь:

- Лицом в возрасте до 16 лет или до 60 и старше;
- Инвалидом или недееспособным по физическим или психическим показаниям, лишенным дееспособности либо неспособным к участию в трудовой деятельности по болезни;
- Лицом, имеющим на попечении ребенка-иждивенца в возрасте до шести лет; это, однако, не является основанием для освобождения вас, как получателя SNAP, от трудовой деятельности, если вы участвуете в федеральной программе трудовой подготовки TANF;
- Лицом, на которое распространяются и которое выполняет требования к трудоустройству для получения Временного пособия из федеральных фондов TANF; это, однако, не может служить основанием для освобождения вас, как получателя SNAP, от участия в трудовой деятельности, если вы получили назначение в программу трудовой подготовки;
- Лицом, имеющим на полном попечении недееспособное лицо;
- Лицом, испрашивающим или получающим пособие по безработице (UIB);

Лицом, регулярно проходящим курс лечения от злоупотребления алкоголем или наркотическими веществами по соответствующей программе, в отношении которого сотрудником социальных служб официально установлено, что оно либо неспособно к трудовой деятельности, либо его участие в таковой нецелесообразно;



**ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)**

- Учащимся, посещающим в течение не менее 50% времени любое официально зарегистрированное среднее или высшее учебное заведение, или программу профессиональной подготовки;
- Работающим хотя бы 30 часов в неделю или зарабатывающим как минимум 30 минимальных федеральных ставок оплаты труда за неделю;
- Лицом, подающим заявление, согласно положениям о совместном оформлении, на Дополнительный социальный доход (SSI) и SNAP;
- Лицом в возрасте 16 или 17 лет (кроме глав семей), посещающим учебное заведение или программу профессиональной подготовки в течение не менее 50% времени;

Если вы не выполните условия трудовой деятельности по программе SNAP или бросите работу, вы можете потерять льготы SNAP. Время, в течение которого вы не будете получать льготы, зависит от того, сколько раз вы нарушили требования участия в трудовой деятельности.

**Дополнительные требования к получателям пособия SNAP, отнесенным к категории трудоспособных взрослых без иждивенцев (ABAWD)**

Если вы зарегистрированы как трудоспособное лицо/обязаны выполнять требования участия в трудовой деятельности, от вас могут потребовать также выполнения ряда дополнительных требований для получения льгот по программе, за исключением случаев, когда вы:

- Являетесь лицом в возрасте до 18 лет или лицом в возрасте 50 лет и старше;
- Проживаете в группе, получающей пособие SNAP, с ребенком до 18 лет;
- Получаете пособие ветерана вооруженных сил США по нетрудоспособности (VA disability);
- Получаете пособие по нетрудоспособности из государственных или частных источников, такое как Пособие социального обеспечения по нетрудоспособности (SSDI) или пособие по нетрудоспособности штата Нью-Йорк (NYS disability benefits)
- Вы беременны; или
- Не способны работать в течение, по меньшей мере, 80 часов в месяц по состоянию здоровья (физического или психического).

Если вы зарегистрированы как лицо, ищущее работу, и не освобождены от выполнения требований, вы будете иметь право на получение льгот по программе предоставления продовольственной помощи SNAP только в течение трех месяцев из каждых 36 месяцев, кроме случаев, когда вы:

- Работаете (включая работу в обмен за товары или услуги и работу волонтером) по меньшей мере 80 часов в месяц,
- Участвуете не менее 80 часов в месяц в программе трудовой деятельности, утвержденной местным отделом социальных служб,
- Выполняете задание по программе трудовой деятельности в количестве часов, эквивалентных вашему пособию SNAP, разделенных на государственную минимальную ставку оплаты труда или ставку, установленную на уровне штата,
- Участвуете в программе в рамках Закона о возможностях развития трудящихся (Workforce Innovation and Opportunity Act) или Закона о трудоустройстве от 1974 г. (Trade Act of 1974), что может включать в себя поиски работы, готовность к трудоустройству, обучение профессиональным навыкам и образовательные мероприятия по крайней мере в течение 80 часов в месяц, или
- Участвуете в общей сложности не менее 80 часов в месяц в утвержденных программах трудовой деятельности или работы,

Если трудоспособное совершеннолетнее лицо без иждивенцев (ABAWD) хочет продолжать получать пособие SNAP и после трех месяцев и не способно найти оплачиваемую работу по крайней мере на 80 часов в месяц, в этом случае надлежит немедленно связаться с отделом социальных служб и поговорить о том, в каких программах можно принять участие, чтобы выполнить требование участия в трудовой деятельности.

Если ABAWD не выполнит требования и потеряет право на получение пособия SNAP, он/она возможно смогут снова получать пособие при наличии таких прав, и для этого следует немедленно связаться с отделом социальных служб и обсудить, какие действия нужно предпринять, чтобы снова получить право на SNAP.

Кроме этого, трудоспособное совершеннолетнее лицо без иждивенцев (ABAWD) обязано ежемесячно предоставить документальное подтверждение работы без оплаты в течение 10 дней после завершения месяца в случае, если рабочие часы составляют менее 80 часов в месяц.

**ЧТО ЕСЛИ ВЫ ЗАПОДОЗРЕННЫ В МОШЕННИЧЕСТВЕ**

Если вам станет известно, что ваши действия стали предметом расследования, поскольку, по мнению вашего ведущего, вы не даете о себе правдивой информации, вам следует поговорить с адвокатом. Если дело по обвинению вас в мошенничестве с льготами социального обеспечения будет передано в уголовный суд, суд может, при наличии у вас соответствующих прав, назначить для представления ваших интересов в суде адвоката, оплачивать услуги которого вам не придется.

**ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)****ОБЯЗАННОСТЬ ПЕРЕНЕСТИ ПРОПУЩЕННОЕ СОБЕСЕДОВАНИЕ**

При подаче заявления на получение пособия SNAP вам следует договориться о новом времени и дате собеседования с таким расчетом, чтобы оно состоялось до истечения 30-дневного срока с момента подачи заявления, иначе вам не удастся получить пособие SNAP.

### **ОБЯЗАННОСТЬ УДОСТОВЕРЕНИЯ ФАКТОВ**

Когда вы подаете заявление на получение SNAP, вам придется представить документальное подтверждение некоторых фактов. Ваш ведущий сообщит вам, что нужно предпринять. Требования по конкретным документам могут различаться в зависимости от социальных программ. Если в местном отделе социальных служб уже есть материалы, удостоверяющие сведения, не претерпевающие изменений, такие, например, как ваш номер социального страхования, от вас не требуется удостоверить эти сведения повторно.

Если при первом посещении для подачи заявления на льготы вы принесете с собой подтверждающие материалы, это может ускорить получение помощи.

Если вы принесли документы в ваш местный отдел социальных служб, попросите, чтобы вам дали расписку, подтверждающую получение документов, где написаны название отдела, ваши имя и фамилия, дата, время, список предоставленных документов, а также имя и фамилия сотрудника, выдающего расписку.

Вы обязаны удостоверить сведения, чтобы определить право участия в программе SNAP, и сотрудник вам скажет, каким образом это сделать. Если вам трудно собрать необходимую информацию, сообщите об этом сотруднику, ведущему ваше дело.

### **ИНФОРМАЦИЯ О ПРАВЕ НА ЛЬГОТЫ ЛИЦ, НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ ГРАЖДАНАМИ США**

Многие лица, не являющиеся гражданами США, по своему статусу иностранца имеют право на получение пособия SNAP. Даже если у вас нет такого права, его могут иметь ваши дети. Получение пособия SNAP не повлияет на ваш иммиграционный статус в случаях, когда федеральные службы по делам гражданства и иммиграции (USCIS) принимают решение по вашему иммиграционному делу.

Вы можете иметь право на получение льгот по программе SNAP, если вы являетесь гражданином США, американцем, не являющимся гражданином США (уроженцем Американского Самоа или острова Суэйнс), или правомочным иностранцем. Правомочным иностранцем, имеющим право на получение пособия SNAP, является:

1. родившийся в Канаде американский индеец, имеющий по меньшей мере 50 процентов крови этнических американских индейцев; согласно статье 289 Закона об иммиграции и гражданстве (Section 289 of the Immigration and Nationality Act, INA); или
2. представитель одного из признанных индейских племен, подпадающий под определение, приведенное в статье 4(е) Закона о самоопределении индейцев и содействии их образованию; или
3. иностранец, допущенный на территорию США в качестве уроженца Лаоса (представители племени хмонг и других племён горных районов), включая супругу(а) (или не вступивших в новый брак вдов (вдовцов)), и не состоящих в браке детей-иждивенцев; или
4. беженец, допущенный на территорию Соединенных Штатов на основании статьи 207 INA; или
5. иностранец, которому было предоставлено убежище на основании статьи 208 INA; или
6. иностранец, исполнение решения о депортации которого приостановлено до 1 апреля 1997г. на основании статьи 243(h) INA, или депортация которого была приостановлена на основании статьи 241(b)(3) INA, или
7. иностранец, въехавший с территории Кубы или Гаити на основании статьи 501(е) закона 1980г. о содействии образованию беженцев (Refugee Education Assistance Act);
8. иностранец, ставший жертвой торговли людьми, на основании статьи 103(8) Закона о защите жертв торговли людьми от 2000 г. (Trafficking Victims Protection Act of 2000); или
9. законно проживающий иностранец, состоящий на службе в вооруженных силах США, уволенный в отставку со всеми льготами ветеран, увольнение которого не было спровоцировано иммиграционным статусом, супруги и не состоящие в браке дети-иждивенцы такого лица, а также не вступившие в новый брак вдовы (вдовцы); или
10. иностранец, допущенный на территорию США в качестве иммигранта-амерасиата; или
11. иностранец, допущенный на территорию США в качестве постоянного жителя на основании закона INA и проживший в США в том же статусе 5 лет; или
12. иностранец, которому, на основании статьи 212(d)(5) INA, было разрешено остаться в США на срок не менее одного года и который прожил в США 5 лет, сохраняя тот же статус; или
13. лицо, подвергавшееся избиениям со стороны супруга (супруги) или ребенок, подвергавшийся избиениям со стороны родителя, или лицо, являющееся родителем подвергавшегося избиениям ребенка или ребенок, подвергавшегося избиениям родителя, решение по иммиграционному статусу которого еще находится в процессе рассмотрения или уже одобрено на основании статьи 8 USC 1641(c), которое въехало до 22/08/1996 либо находится в статусе на протяжении 5 лет;
14. иностранцы также могут иметь право на получение пособия SNAP, если:
  - они на законных основаниях получили вид на жительство и проработали или имеют твердые гарантии работы в течение 40 кварталов; или
  - они имеют указанный выше квалификационный статус и получают определенные льготы по нетрудоспособности или в связи со слепотой; или
  - они имеют один из указанных выше квалификационных статусов, и они не моложе 18 лет; или
  - они на законных основаниях находились в США к 22 августа 1996г., а в настоящее время являются слепыми, нетрудоспособными или престарелыми, или были рождены 22 августа 1931г. или раньше; или
  - они являются гражданами Ирака или Афганистана, имеющим специальный иммиграционный статус на основании статьи 101(a)(27) закона INA, либо получившим условное разрешение на въезд на основании статьи 203(a)(7) закона INA, вступившего в силу до 01/04/1980.