

**שרייבט נישט אריין אין די טונקעלע פלעצער אויף די אפליקאציע**

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR	
CASE NAME						EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL			SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING 02 <input type="checkbox"/> REOPEN 06 <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION 10					
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM _____ OF _____		SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION			DATE		
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____													
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD			SERVICES AUTHORIZATION PERIOD						
FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO	

**ניו יארק סטעיט אפליקאציע פאר געוויסע בענעפיטן און סערוויסעס**

אויב איר זענט בלינד אדער אייער זעהקראפט איז גאר שוואך, און איר דארפט אן אפליקאציע אין אן אנדערן פארמאט, קענט איר עס פארלאנגען פון אייער סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט. פאר מער אינפארמאציע איבער די סארטן פארמאטן וואס זענען דא צו באקומען און איבער וויאזוי איר קענט פארלאנגען אן אפליקאציע אין אן אנדערן פארמאט, זעהט די אנווייזונגען ביכל פאר די אפליקאציע (PUB-1301 Statewide) וואס איז פארעפנטליכט אויף [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) אדער <https://www.health.ny.gov/>

אויב זענט איר בלינד אדער ערנסט אומפעאיג צו זעהן, ווילט איר באקומען געשריבענע מודעות אין אן אנדערן פארמאט?  יא  ניין

אויב יא, וועלט די סארט פארמאט וואס איר ווילט:  גרויסע אותיות  דאטא CD  אודיאָו CD  ברעיל, אויב איר זאגט אז קיין איינס פון די אנדערע פארמאטן אויבן וועלן נישט ארבעטן די זעלבע גוט פאר אייך.

**אויב איר דארפט אז מיר זאלן זיך צושטעלן אויף אן אנדערע אופן, ביטע פארבינדט זיך מיט אייער סאושעל סערוויסעס דיסטריקט.**

מיר זענען איבערגעגעבן אייך צו העלפן און שטיצן אויף א פראפעסיאנאל און בכבוד'יג אופן. יעדעס מאל איר זעט "פובליק הילף" אדער "PA" אויפן אפליקאציע, מיינט עס "פאמיליע הילף" און/אדער "סעיפטי נעט הילף". מיר רופן ביידע פאראמעטן "פובליק הילף". **ביטע זעהט די אנווייזונגען ביכל (PUB-1301 statewide) און "וואס איר זאלט וויסן" (What You Should Know) ביכער 1, 2 און 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B, און LDSS-4148C) ווען איר פארענדיגט די אפליקאציע, און פארבינדט אייך מיט אייער סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט מיט סיי וועלכע פראגן.**

ווען איר זעהט "MA" אויף די אפליקאציע, מיינט עס "מעדיקעיד". איר קענט אָפלייען פאר MA נוצנדיג די אפליקאציע נאר אויב איר אָפלייט אויך פאר פובליק הילף אדער די סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פאראגאם אין די זעלבע צייט. אויב איר ווילט נאר אפלייען פאר MA, קענט איר גיין אויף די אינטערנעט צו <https://nystateofhealth.ny.gov> און/אדער רופן 1-855-355-5777 פאר מער אינפארמאציע אדער צו אפלייען, אדער קענט איר נוצן די פאפירענע אפליקאציע וואס איז נאר פאר MA – בויגן DOH-4220 – וואס אייער וואַרקער קען אייך גיבן, אדער קענט איר רופן די MA הילף ליניע אויף 1-800-541-2831. אויב איר ווילט אפליקירן פארן מעדיקער אפשפאָר פאראגאם (MSP), מוזט איר אפליקירן מיט פאָרם DOH-4328, וואס אייער ארבעטער קען אייך צושטעלן. אויב איר זענט אין באלדיגע נויט פאר פערזענליכע קעיר סערוויסעס, זאלט איר אָפלייען פאר MA באזונדער נוצנדיג די MA DOH-4220 אפליקאציע בויגן.

## שרייבט נישט אריין אין די טונקעלע פלעצער אויף די אפליקאציע

**טייל 1**  
מאכט א טשעק אויף יעדן פראגראם פאר וועלכער איר אדער סיי וועלכער הויזגעזונד מיטגליד אפלייט

פובליק הילף (Public Assistance, PA)  טשיילד קעיר אנשטאט PA  
 סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פראגראם (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)  מעדיקעיד (MA) און SNAP  
 מעדיקעיד (MA) און PA  סערוויסעס (S) אריינרעכענענדיג פאסטער קעיר (Foster Care, FC)  טשיילד קעיר הילף (Child Care Assistance, CC)  
 נאר עמערזשענסי הילף (Emergency Assistance Only, EMRG)

## טייל 2

וואס איז אייער הויפט ענגליש  און אנדערע (שרייבט ארויס)  ספּאַניש

וויילט איר באקומען מעדלונגען אין:

נאר אין ענגליש  ענגליש און ספּאַניש

## טייל 3 אינפארמאציע פון אפליקאנט

## ביטע שרייבט קלאר

טייל 5  
איז איינס פון די פאלגנדע זאכן נוגע צו אייך?

1  טראגעדיג

2  געליטענע פון אביזד אינדערהיים

3  דארף ווערן באשטימט אלץ עלטערן

4  דארף טשיילד סופארט

5  דראַג/אלקאהאל פראבלעם

6  אפגעהאקטע גאז אדער יוטיליטיס

7  אן א פלאץ צו איינשטיין/היימלאז

8  פייער אדער אנדערע אומגליק

9  האט נישט קיין איינקונפט

10  ערנסטע מעדיצינישע פראבלעם

11  אין פראצעדור פון עוויקשען (ווערן ארויסגעווארפן פונדערהיים)

12  אן עסן

13  דארף פאסטער קעיר

14  דארף טשיילד קעיר

15  פראבלעמען מיט ענגליש

16  נארמאלע אקאמאדאציעס

17  עפעס אנדערש \_\_\_\_\_

ערשטע נאמען מיטל איינישעל לעצטע נאמען

היראט סטאטוס טעלעפאן נומער ( ) טעלעפאן נומער? עיריע קאוד  יא  ניין

גאס אדרעס אפארטמענט נומער שטאט קאונטי סטעיט זיפ קאוד

אויפן אדרעס פון נאמען (פילט אויס אויב איר באקומט אייער פאסט ביי א צווייטנס אדרעס)

פאסט אדרעס (אויב אנדערש פון אובן) אפארטמענט נומער שטאט קאונטי סטעיט זיפ קאוד

ווי לאנג וואוינט איר שוין ביי אייער יעצטיגע אדרעס? יאר יאר חודשים איז דאס א שעלטער?  יא  ניין נאך א טעלעפאן נומער וואו מען קען אנקומען צו אייך טעלעפאן נומער ( ) עיריע קאוד אימעיל אדרעס (אויב איר ווילט)

אבוויזונגען וויאזוי צו אנקומען צו יעצטיגע אדרעס

געוועזענע אדרעס אפארטמענט נומער שטאט קאונטי סטעיט זיפ קאוד

אויב איר זענט יעצט היימלאז, מאכט א טשעק דא

אגענטור וואס העלפט דעם אפליקאנט/קאנטאקט מענטש

טעלעפאן נומער ( ) עיריע קאוד

דארפט איר אז דער מעדיקיד טייל פון דער אפליקאציע און דער פאטענציאלע באקומען פון מעדיקיד דעקונג זאל ווערן געהאלטן קאנפידענציאל?  יא  ניין

**טייל 4 – אויב איר אפלייט פאר SNAP:** איר קענט אריינגעבן אן אפליקאציע די טאג וואס איר באקומט עס. כדי צו אריינגעבן א SNAP אפליקאציע, מוז עס האבן צום ווייניגסטנס אייער נאמען, אדרעס (אויב איר האט איינס) און אונטערשריפט אונטן. איר מוזט פארענדיגן דעם אפליקאציע פראצעדור, אריינרעכענענדיג אונטערשרייבן די לעצטער בלאט פון די אפליקאציע און אינטערוויואירט ווערן. אויב זענט איר בארעכטיגט דעפאר, וועט איר באקומען SNAP בענעפיטס צוריק צו די טאג וואס איר האט אריינגעגעבן די אפליקאציע. איר מוזט איינגעמאלדן ווערן ביז 30 טעג פון די טאג ווען איר האט אריינגעגעבן אייער אפליקאציע פאר SNAP בענעפיטס, אויב אייער אפליקאציע איז געווארן באשטעטיגט אדער צוריקגעוויזן. אויב אייער הויז געזונד האט ווייניג אדער בכלל נישט קיין איינקונפט אדער אייגנטום וואס קען גענוצט ווערן אלץ געלט, אדער אויב אייערע רענט און יוטיליטי אויסגאבן זענען מער פון אייער איינקונפט און אייגנטום וואס קען גענוצט ווערן אלץ געלט, דאן קענט איר זיין בארעכטיגט צו באקומען SNAP בענעפיטס ביז פינף טעג פון די טאג וואס איר האט אריינגעגעבן די אפליקאציע. אויב איר זענט אן איינוואוינער אין אן אנשטאלט און איר אפלייט סיי פאר סאָפּלעמענטעל סעקייריטי אינקאָם (Supplemental Security Income, SSI) און SNAP בענעפיטס בעפאר איר לאזט איבער דעם אנשטאלט, דאן וועט די טאג ווען איר האט אריינגעגעבן די אפליקאציע ווערן גערעכנט פון די טאג וואס איר לאזט איבער די אנשטאלט.

דאטום אונטערגעשריבן

SNAP אפליקאנט/פארשטייער אונטערשריפט

X

		צו קויפט דער מענטש (אריינרעכענענדיג קליינע קינדער) איין עסן אדער גרייטן זיי צו מאלצייטן צוזאמען מיט אייך? העכסטע שולע קלאס געענדיגט		<b>טייל 6 – הויזגעזונד אינפארמאציע – רעכנט אויס יעדער איינער וואס וואוינט מיט אייך, אפילו אויב זיי אפלייען נישט צוזאמען מיט אייך. רעכנט זיך אליין אויס אויף די ערשטע שורה.</b>																	
		סאָושעל סעקורירטי נומער פאר הויזגעזונד מיטגלידער וואס אפלייען: (זעהט אנווייזונגען ביכל, PUB-1301 Statewide, אדער רעדט צו אייער סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט)		פארבינדונג צו אייך:		דזשענדער אידענטיטעט (אויב איר ווילט): (מאן, פרוי, נישט-ביינער, X, טראנסדזשענדער, אנדערע אידענטיטעט [ביטע שרייבט ארויס])		סעקס: (M/F/X)		געבורט דאטום: (חודש/טאג/יאר פון לינקס צו רעכטס)		דער מענטש אפלייט פאר:						ערשטע נאמען, מיטל אינישעל, לעצטע נאמען		LN	RI
EMRG	S	FC	CC	MA	SNAP	PA															
															01						
															02						
															03						
															04						
															05						
															06						
															07						
															08						
		לעצטע נאמען		מיטל אינישעל		ערשטע נאמען		ONC	שורה נומער		<b>ביטע רעכנט אויס נאמען פאר די חתונה אדער אנדערע נעמען וואס מען פלעגט רופן אייך אדער איינער אין אייער הויזגעזונד</b>										
		לעצטע נאמען		מיטל אינישעל		ערשטע נאמען		ONC	שורה נומער												
		END DATE		REASON		IF YES, WHO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IS ANYONE SANCTIONED?											
		NON-APPLICANT INFORMATION																			
CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD		CONTRIBUTION/DEEMED INCOME		FOR WHOM?		LEGALLY RESPONSIBLE		LAST NAME				FIRST NAME		LN							
						NO YES															
CONSIDER		INDIVIDUAL EDUCATION				NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION															
✓ RCA/RMA REFERRAL		DEGREE RECEIVED		LN	DEGREE RECEIVED		LN	SPONSORED		APPLIED FOR CITIZENSHIP		DATE OF ENTRY/STATUS			STATUS ADJUSTED		NON-CITIZEN STATUS		LN		
				05			01	NO YES		NO YES		YEAR DAY MONTH			NO YES						
				06			02														
				07			03														
				08			04														





**טייל 10 – איפארמאציע איבערן אריבערגעשיקט ווערן צו די טשיילד סופארט אינפארסירונג איינהייט**

אויב איר אפלייט נאר פאר טשיילד קעיר הילף מוזט איר נישט זוכן צו באקומען טשיילד סופארט און איר מוזט נישט אויספילן די טייל. אויב אפלייט איר פאר מעדיקעיד אין צוגאב צו פובליק הילף אדער די סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם, דאן וועט איר אונז מעגליך דארפן ארויסהעלפן צו פארשאפן מעדיצינישע שטיצע פאר אייך און פאר אייערע קינדער וואס אפלייען. ענטפערט די פאלגנדע פראגן צו באשטימען אויב איר דארפט אויספילן די טייל. רעכנט זיך אליין אריין, אויב און וואו עס איז נוגע:

1. צו אפלייט איר פאר איינעם אונטער די עלטער פון 21 יאר וואס איז געבוירן געווארן צו נישט-פארהייראטע עלטערן און/אדער פאר וועם עס איז נישט אוועקגעשטעלט געווארן ווער עס זענען זייערע לעגאלע עלטערן?  יא  ניין
2. צו אפלייט איר פאר איינעם אונטער די עלטער פון 21 יאר וואס איינע פון די עלטערן פעלט (האט נישט קיין קאָסטעדי)?  יא  ניין

**איר דארפט נישט אויספילן די טייל אויב איר האט געענטפערט "ניין" אויף ביידע פון די פראגן. גייט צו טייל 11.**

**איר מוזט אויספילן די טייל אויב איר האט געענטפערט "יא" אויף איינס אדער ביידע פון די פראגן.** שרייבט אריין די נעמען פון אלע מענטשן אונטער 21 יאר אלט פאר וועם איר אפלייט און סיי וועלכע אינפארמאציע וואס איר האט יעצט איבער די עלטערן וועלכע פעלן, די אנגעבליכע עלטערן אדער די פלאנירטע עלטערן.

3. זענט איר אונטער 21 יאר אלט  יא  ניין

אויב איר האט געענטפערט "יא" אויף די פראגע, גיבט די פאלגנדע אינפארמאציע פאר אייער עלטערן וועלכע פעלן, די אנגעבליכע עלטערן אדער די פלאנירטע עלטערן:

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

סאָושעל סעקיוויטי נומער פון עלטערן וואס פעלן, די אנגעבליכע עלטערן אדער די פלאנירטע עלטערן	געבורט דאטום פון עלטערן וואס פעלן, די אנגעבליכע עלטערן אדער די פלאנירטע עלטערן			נאמען און אדרעס פון עלטערן וואס פעלן, די אנגעבליכע עלטערן אדער די פלאנירטע עלטערן	נאמען פון מענטש אונטער 21 יאר אלט
	מאנאט	טאג	יאר		
					א.
					ב.
					ג.
					ד.
					ה.



INCOME				CD	סכום/ווערט און אפטייט	ווער	סכום/ווערט און אפטייט	ווער	יא	בין	טייל 15 – איינקונפט אינפארמאציע:
PERIOD	AMOUNT	SOURCE CODE	LN No.								
				49							1 ארבעטסלאזיגקייט (אָנעמפּלאַימענט) אינשורענס בענעפיטן
				45							2 סאפלעמענטעל סעקוריריטי איינקונפט (SSI) בענעפיטן (סטעיט און פעדעראל אין סך הכל)
				42							3 סאָשעל סעקוריריטי דיסעביליטי (Social Security Disability, SSD) בענעפיטן
											4 סאָשעל סעקוריריטי דיפענדענט בענעפיטן
				43							5 סאָשעל סעקוריריטי איבערלעבער'ס בענעפיטן
				44							6 סאָשעל סעקוריריטי ריטייערמענט בענעפיטן
				38							7 רעילראָוד (באן ארבייטער) ריטייערמענט בענעפיטן
				39							8 ריטייערמענט בענעפיטן (פענסיע)
				03							9 דייוידענדס/אינטערעסט פון סטאָקס, באנדס, סעווינגס, א.א.וו.
				59							10 ארבעטער'ס פארגוטיונג (קאָמפּענסיעשען)
				33							11 NYS דיסאביליטי בענעפיטן
				55							12 וועטעראן'ס פענסיע/בענעפיטן/עיד ענד אטענדענס
				37							13 פובליק הילף גרענט
				10							14 GI דיפענדענסי צוטיילונגען
											15 עדזשוקעישען גרענטס אדער הלוואות
											16 ביישטייערונגען/מתנות (באקומען)
											17 פאָסטער קעיר אויפהאלטונג באצאלונגען (באקומען)
				06							18 טשיילד סופארט באצאלונגען (באקומען) באקומען פון:
				02							19 סופארט געלטער פון מאן/ווייב (באקומען)
											20 פריוואטע דיסאביליטי אינשורענס - געזונטהייט/עקסידענט אינשורענס פאליסי איינקונפט
				50							21 נאָ-פּאָולט (אומשולדיג) אינשורענס בענעפיטן
											22 יוניאן בענעפיטן (אריינרעכענענדיג סטרייק בענעפיטן)
											23 הלוואות, נישט פאר עדזשוקעישען (באקומען)
											24 איינקונפט פון א טראָסט (אריינרעכענענדיג איינקונפט וואס איר זענט יעצט בארעכטיגט צו באקומען אדער זענט געווען בארעכטיגט צו באקומען אין די פאראנגעהייט, וואס איז נאכנישט פארטיילט געווארן)
				31							25 צוגעטיילטע געלט פון טרענינג
				14							26 רענט איינקונפט (באקומען)
											27 איינקונפט פון מענטשן וואס שטייען איין ביי אייך (באקומען)
											<b>אנדערע איינקונפט</b>
											(ביטע שרייבט ארויס)

- CONSIDER**
- Child Support Disregard/Pass-Through
    - Explained  Budgeted
  - SNAP Aged/Disabled Indicator
  - Disability Review
  - Reception and Placement Grant (SNAP Only)
  - Refugee Matching Grant



**שרייבט נישט אריין אין די טונקלע פלעצער אויף די אפליקאציע**

		סכום/ווערט און אפטייט		ווער	סכום/ווערט און אפטייט	ווער	יא	ניין	אויב איר אפלייט פאר מעדיקעיז, פילט ביטע אויס די פאלגנדע טייל:
<p><b>דידאקשענס (אראפרעכענונגען):</b> געוויסע סארטן מעדיקעיז באדזשעטינג ערלויבן אפליקאנטן/באקומער צו פארמינערן זייער געצייילטע איינקומפט דורכן אראפרעכענען דידאקשענס וואס זיי מאכן אויף זייערע פעדעראלע טעקסעס. דאס זענען ספעציפישע אויסגאבן וואס די אינטערנעל רעוועניו סערוויס (Internal Revenue Service, IRS) ערלויבט פאר מענטשן אראפצורעכענען פון זייער איינקומפט פון וואס טעקסעס קענען גענומען ווערן (טעקסעבעל אינקאָם). שרייבט נאר אריין דידאקשענס דא אויב איר וועט זיי אראפרעכענען פון די היי-אריגע טעקס ריטוירן.</p>									
									1 מחנכים אויסגאבן
									2 אינדיווידואלע ריטייערמענט אקאונט (IRA) דידאקשען
									3 סטודענט הלוואה אינטערעסט דידאקשען
									4 שכר לימוד און קאסטן
									5 געוויסע ביזנעס אויסגאבן (רעזערוויסטן, ארטיסטן, פרייז-באזירטע רעגירונג איינגעשטעלטע)
									6 העלט סעווינגס אקאונט דידאקשען
									7 אויסגאבן פון זיך אריבערציהען צוליב א דזשאב
									8 טייל פון זעלבסט-באשעפטיגונג (self-employment, S/E) שטייער וואס קען אראפגענומען ווערן
									9 SIMPLE, S/E און קוואליפיצירטע פלענער
									10 S/E העלט אינשורענס דידאקשען
									11 קנס (שטראף) פאר פריעהייט ארויסציען סעווינגס
									12 עלימאָני ('כתובה') באצאלט
									13 דידאקשען פאר פראדוקציע אקטיוויטעטן אינעם לאנד
									14 נאך צופאסונגען צוגעלייגט אויף שורה 36 (נאר IRS בויגן 1040)
									15 'אַרטשער MSA' דידאקשען
									<b>אנדערע צופאסונג</b> (ביטע שרייבט ארויס)

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

**טייל 16 – אינפארמאציע פון שטיף-עלטערן/ספאנסאר פון נישט-בירגער מיט צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס**

ענטפערט אלע פראגן אויסגערעכנט אונטן.

ווער?	יא	ניין
צו האט די שטיף-עלטערן פון סיי וועלכע קינדער וואס וואוינען מיט אייך סיי וועלכע געלט מיטלען אדער באקומען זיי סיי וועלכע סארט איינקומפט?		
איז סיי ווער אין אייער הויזגעזונד א נישט-בירגער מיט צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס וואס איז געווארן געספאָנסארט צו קענען אריינקומען צו די פאראייניגטע שטאטן?		

נאמען פון ספאנסאר: \_\_\_\_\_ טעלעפאן נומער: \_\_\_\_\_

אדרעס: \_\_\_\_\_

**טייל 17 – באשעפטיגונג אינפארמאציע**

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
✓ Limited English Proficiency
✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
✓ Net Loss of Cash Income
✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
✓ Employment Sanctions
✓ Temporary Employment
✓ Disability Review
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Voluntary Quit

אין בין יעצט:  באשעפטיגונג  זעלבסט-באשעפטיגט  ארבעטסלאז  
 גראַוס אינקאָם \$ \_\_\_\_\_ שעה'ן געארבעט חודש'ליך \_\_\_\_\_  
 (אריינרעכענענדיג וועידזשעס, געהאלט, אָווערטיים באצאלונג, קאָמישענס און טיפס)  
 באצאלט:  וועכענטליך  יעדע צוויי וואכן  חודש'ליך  טאג פון די וואך באצאלט: \_\_\_\_\_  
 ארבעטסגעבער'ס נאמען און אדרעס: \_\_\_\_\_  
 1 טעלעפאָן נומער \_\_\_\_\_

איז סיי ווער וואס וואוינט מיט איין יעצט:  באשעפטיגונג  זעלבסט-באשעפטיגט  
 ווער: \_\_\_\_\_  
 גראַוס אינקאָם \$ \_\_\_\_\_ שעה'ן געארבעט חודש'ליך \_\_\_\_\_  
 באצאלט:  וועכענטליך  יעדע צוויי וואכן  חודש'ליך  טאג פון די וואך באצאלט: \_\_\_\_\_  
 ארבעטסגעבער'ס נאמען און אדרעס: \_\_\_\_\_  
 2 טעלעפאָן נומער \_\_\_\_\_

איז העלט אינשורענס צוגעשטעלט דורך אייער ארבעטסגעבער?  יא  ניין  
 צו האט סיי ווער וואס וואוינט מיט איין העלט אינשורענס פון אן ארבעטסגעבער?  יא  ניין  
 ווער: \_\_\_\_\_  
 3 נאמען פון אינשורענס פירמע: \_\_\_\_\_

צו האט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט איין אויסגאבן פארן זיך אפגעבן מיט א  יא  ניין  
 קינד אדער דיפענדענט צוליבן ארבעטן?  
 ווער: \_\_\_\_\_  
 4

צו האט איר אדער סיי ווער עס וואוינט מיט איין אנדערע ארבעט-פארבינדענע  יא  ניין  
 אויסגאבן?  
 ווער: \_\_\_\_\_  
 5

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name	Age	Care Provider
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			

אויב איר ארבעט נישט, ווען איז געווען די לעצטע מאל וואס איר אדער סיי ווער וואס וואוינט מיט אייך האט געארבעט?  
 ווער: \_\_\_\_\_ ווען: \_\_\_\_\_  
 6 וואו: \_\_\_\_\_  
 פארוואס האט איר (אדער זיי) אויפגעהערט ארבעטן? \_\_\_\_\_

האט איר אדער סיי ווער וואס וואוינט מיט אייך געפילט פאר אַנעמפלאַימענט?  יא  ניין  
 אויב יא, ווער? \_\_\_\_\_ ווען? \_\_\_\_\_  
 סטאטוס פון די אפליקאציע:  באשטעטיגט  צוריקגעוויזן  אין פראצעדור

7 צו טוט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך אנטייל נעמען אין א סטרייק?  יא  ניין  
 ווער: \_\_\_\_\_  
 ווען די סטרייק האט זיך אנגעהויבן: \_\_\_\_\_

8 זענט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך א פארעם ארבעטער וואס פארט ארום פאר די ארבעט אדער ארבעט נאר אין געוויסע סעזאנען?  
 ווער: \_\_\_\_\_  
 ווען: \_\_\_\_\_

צו האט איר אדער סיי וועלכער ערוואקסענער וואס וואוינט מיט אייך סיי וועלכע מעדיצינישע פראבלעם וואס באגרעניצט די מעגליכקייט צו ארבעטן אדער די סארטן ארבעט וואס זיי קענען טוהן?  יא  ניין  
 ווער: \_\_\_\_\_  
 שילדערט די באגרעניצונגען: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9 וואלט איר געקענט אננעמען א פאסטן היינט?  
 10 אויב נישט, פארוואס? \_\_\_\_\_  
 וועלכע סארט ארבעט וואלט איר געוואלט טוהן? \_\_\_\_\_

11 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**טייל 18 – עדזשוקענישען (בילדונג)/טרענירונג**

וואס אזי אייער העכסטע שטאפל פון בילדונג וואס איר האט געענדיגט?:

\_\_\_\_ ווייניגער פון א הויך-שולע דיפלאַמע

אויב אזוי, לעצטע קלאס געענדיגט? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ פארענדיגט אן אינדיווידואליזירטע עדזשוקענישען פלאן (Individualized Education Plan, IEP)

\_\_\_\_ הויך-שולע דיפלאַמע אדער דזשענעראל עקויוועלענסי דיפלאַמע

\_\_\_\_ (General Equivalency Diploma, GED) אדער טעסט אַסעסינג סעקאָנדערי קאָמפּלישען

(Test Assessing Secondary Completion, TASC™)

\_\_\_\_ אַסאָסיעט'ס דעגרי (צוויי-יאריגע קאלעדזש דעגרי)

\_\_\_\_ בעטשעלאר'ס דעגרי (פיר-יאריגע קאלעדזש דעגרי) אדער העכער

1

\_\_\_\_ יא  \_\_\_\_ ניין

צו האט סיי ווער אין די הויזגעזונד א הויך-שולע דיפלאַמע, דזשענעראל עקויוועלענסי דיפלאַמע (GED) אדער טעסט אַסעסינג סעקאָנדערי קאָמפּלישען (TASC™), אדער העכערע שטאפל פון בילדונג?

2

אויב יא, ווער: \_\_\_\_\_

דעגרי ערהאלטן: \_\_\_\_\_

דאטום פארענדיגט: \_\_\_\_\_

צייכנט צו אויב איר אדער סיי ווער וואס וואוינט מיט אייך וואס אַפלייט פאר אדער באקומט הילף:

\_\_\_\_ יא  \_\_\_\_ ניין

איז אדער איז געווען אין סיי וועלכע טרענירונג פראגראם?

ווער \_\_\_\_\_

וואו \_\_\_\_\_

פראגראם \_\_\_\_\_

דאטומען אנטוילגענומען \_\_\_\_\_

דאטומען געענדיגט \_\_\_\_\_

3

\_\_\_\_ יא  \_\_\_\_ ניין

איז אונטער 16 יאר אלט און עלטער און גייט אין שולע אדער אין קאלעדזש?

ווער \_\_\_\_\_

וואו \_\_\_\_\_

4

איז אונטער 16 יאר אלט און גייט אין שולע? \_\_\_\_ יא  \_\_\_\_ ניין

ווער \_\_\_\_\_

שולע \_\_\_\_\_

ווער \_\_\_\_\_

שולע \_\_\_\_\_

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

COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	Supportive Services	

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

5

ווער \_\_\_\_\_

שולע \_\_\_\_\_

ווער \_\_\_\_\_

שולע \_\_\_\_\_

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

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

CONSIDER
<input checked="" type="checkbox"/> Children's Resources
<input checked="" type="checkbox"/> Lump Sum
<input checked="" type="checkbox"/> Boats, Campers, Snowmobiles
<input checked="" type="checkbox"/> Individual Development Account (IDA)
<input checked="" type="checkbox"/> Exempt Vehicles

טייל 19 – מיטלען אינפארמאציע										
צייכנט צו אויב איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך אפלייט פאר:										
סכום/ווערט	ווער	סכום/ווערט	ווער	ניין	יא	1	2	3	4	5
						האט קעש צום האנט				
						האט א טשעקינג אקאונט(ס)				
						האט א סעווינגס אקאונט(ס) אדער סערטיפיקאט(ס) פון דעפאזיט				
						האט א קרעדיט יוניאן אקאונט(ס)				
						האט לייף אינשורענס				
						האט טייטל אדער רעגיסטראציע צו א קאר(ו) אדער אנדערע וויקעל(ס) (טראקס א.ד.ג.): יאר _____ מעיק/מאדעל _____ יאר _____ מעיק/מאדעל _____ אנדערע _____	6			
						האט סטאקס, באנדס, סערטיפיקאטן אדער מייטשועל פאנדס	7			
						האט סעווינג באנדס	8			
						האט אן IRA, 'קיאָו', 401(k) אדער דיפערד קאמפענסעישען אַקאָונט(ס)	9			
						האט א באגראבעניש טראסט וואס מען קען נישט צוריקציען	10			
						האט א באגראבעניש פאנד	11			
						האט א באגראבעניש ארט	12			
						האט זייער אייגענע היים	13			
						האט ריעל עסטעיט, אריינרעכענענדיג וואס ברענגען אריין און וואס ברענגען נישט אריין קיין איינקונפט	14			
						איז בארעכטיגט פאר אן אינקאם טעקס ריפאנד	15			
						האט אן עניואיטי	16			
						איז די בענעפישיערי (באקומער) פון א טראסט ערווארט צו באקומען א טראסט פאָנד, א פראצעס סעטלמענט, ירושה אדער איינקונפט פון סיי וועלכע אנדערע מקורות	17			
						האט אן "אין טראסט" אַקאָונט(ס)	18			
						האט א סעיף דעפאזיט באַקס(עס)	19			
						האט מיטלען חוץ פון וואס די וועלכע זענען אויסגערעכנט אויבן	20			
						צו האט סיי ווער (אריינרעכענענדיג אייער מאן/ווייב, אפילו אויב זיי אפלייען נישט אדער וואוינען נישט מיט אייך) אוועקגעגעבן קעש, אדער פארקויפט/אריבערגעפירט סיי וועלכע ריעל עסטעיט, איינקונפט אדער פערזענליכע אייגנטום אין די לעצטע 36 חודשים?	21			
						צו האט סיי ווער (אריינרעכענענדיג אייער מאן/ווייב, אפילו אויב זיי אפלייען נישט אדער וואוינען נישט מיט אייך) סיי ווען געמאכט א טראסט אין די פארגאנגענהייט אדער אריבערגעפירט סיי וועלכע אייגנטום צו א טראסט אין די לעצטע 60 חודשים? אויב יא, ווען? _____	22			
						צו האט סיי ווער (אריינרעכענענדיג אייער מאן/ווייב, אפילו אויב זיי אפלייען נישט אדער וואוינען נישט מיט אייך) סיי ווען געמאכט א טראסט אין די פארגאנגענהייט אדער אריבערגעפירט סיי וועלכע אייגנטום צו א טראסט אין די לעצטע 60 חודשים? אויב יא, ווען? _____	23			

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

\*IF EXEMPT, WHY?

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	טייל 20 – מעדיצינישע אינפארמאציע			
	Pregnancy Statement					צייכנט צו אויב איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך אפלייט פאר:
	Med/Psych Statement					האט סיי וועלכע מעדיצינישע בילס אדער מעדיצין-פארבינדענע אויסגאבן
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)				1	איז אויף מעדיקעיד מיט א ספענד-דאון
	Drug/Alcohol Statement				2	האט העלט אדער שפיטאל/עקסידענט אינשורענס (אריינרעכענענדיג אינשורענס פון אן ארבעטסגעבער)
	Paid or Unpaid Medical Bills				3	האט העלט אינשורענס דורך אן ארבעטסגעבער
	SSI Application Verification (PA ONLY)				4	האט מעדיקעיר (רויטע, ווייסע און בלויע קארטל)
<b>CONSIDER</b>						האט א געזונטהייט באגלייטער/היים געזונטהייט געהילף
✓	AD/SSI Related				5	איז בלינד, קראנק אדער אן אינוואליד
✓	SNAP Aged/Disabled Indicator				6	צו האט א קינד אן אנטוויקלונג דיסאביליטי
✓	SNAP Medical Deduction				7	איז אין שפיטאל, נויטסינג היים אדער אנדערע מעדיצינישע אנשטאלט
✓	TPHI Reimbursement				8	האט באצאלטע אדער נישט באצאלטע מעדיצינישע בילס אין די 3 חודשים בעפאר דעם חודש פון די אפליקאציע
✓	Buy-In Eligibility				9	איז אדער איז געווען אנגעוויזן אויף דראָגס אדער אלקאהאל
✓	Kreiger (LDSS-3664)				10	דארף היים קעיר/פערזענליכע קעיר
✓	Domestic Violence				11	איז אויף SSI אדער האט אמאל אפלייט פאר SSI
✓	SSI Referral				12	איז טראגעדיג (פרעגנענט) אויב טראגעדיג, ערווארטעטע דאטום: _____
✓	Earned Income Credit				13	ערווארטעטע צאל פון געבורטן: _____
<b>NEEDED</b>	<b>REFERRALS</b>	<b>COMPLETED</b>				באקומט באהאנדלונג פון א דראג אביז אדער אלקאהאל באהאנדלונג פראגראם
	SSI (D-CAP)				14	האט נישט געקענט ארבעטן פאר צום ווייניגסטנס 12 חודשים צוליב א דיסאביליטי אדער קראנקייט אדער פראנקייט
	Disability Interview (LDSS-1151)				15	איז באגרעניצט מיט טאג-טעגליכע אקטיוויטעטן צוליב א דיסאביליטי אדער קראנקייט וואס האט אנגעהאלטן אדער וואס וועט אנהאלטן פאר צום ווייניגסטנס 12 חודשים
	Medical Report (LDSS-486, 486t)				16	איז געווען פארמישט אין א קאר עקסידענט אדער אין אן ארבעט-פארבינדענע עקסידענט אין די פארגאנגענע צוויי יאר
	Disability Report				17	האט געהאט אז א רעגירונג אגענטור (פובליק פראגראם) חוץ פון מעדיקעיד אדער מעדיקעיר זאל באצאלן פאר סיי וועלכע פון אייערע מעדיצינישע בילס אויב יא, וועלכע אגענטור _____
	AD				18	צו וועט דאס בילן (איינמאנען) סיי וועלכע אנדערע העלט אינשורענס גורם זיין שאדן צו אייער פיזישע אדער עמאציאנאלע געזונט אדער זיכערהייט, און/אדער וועט דאס אוועקנעמען פון די פרוואטקייט און סודות'דיקייט פון אייער אפליקאציע פאר-אדער דאס באקומען-מעדיקעיד?
	TPHI				19	
	ACCES-VR				20	
	CTHP					
	Family Planning					
	SSA (RSDI)					
	Veteran's Benefits					
	Veteran's Counseling					
	Child Health Plus					
	COBRA Eligibility					
	Nurse's Aide Service					
	Home Care					
	NYSoh					
	MA-Only (DOH-4220)					
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)					
	LDSS-4526 or local equivalent					

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		

MEDICAL BILLS:  YES  NO      TPHI:  YES  NO

**העלט אינשורענס פלאן אויסוואהל**

מייסטנס מענטשן וואס זענען איינגעשריבן אין מעדיקעיד ווערן געפאדערט זיך צו אנשליסן אין א מענעדזשענד קעיר העלט פלאן חוץ אויב זיי זענען זענען אין אן עקזעמפט (פטור) קאטעגאריע. נוצט די טייל צו וועלן א העלט פלאן. אויב איר זענט נישט באקאנט מיט די פארגעשלאגענע העלט פלענער, פרעגט אייער ארבעטער אדער רופט 1-800-505-5678.

OB/GYN נאמען און ID נומער פון (צייכנט אן קעסטל אויב יעצטיגע פראוויידער)	פרייער קעיר פראוויידער (PCP) אדער העלט סענטער (צייכנט אן קעסטל אויב יעצטיגע פראוויידער)	סאָשעל סעקיויריטי #	ID# (פון מעדיקעיד קארטל אויב איר האט איינס)	מאן אדער פרוי M/F/X	געבורט דאטום חודש/טאג/יאר פון לינקס צו רעכטס	ערשטע נאמען	לעצטע נאמען	די נאמען פון די פלאן אין וועלכע איר שליסט זיך אן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

**טייל 21 - וואוינונג**

וואס איז אייער לענדלאָרד'ס נאמען?

וואס איז אייער לענדלאָרד'ס אדרעס?

וואס איז אייער לענדלאָרד'ס טעלעפאָן נומער?

( )

יא  ביי  סומעס אויב יא,

\$

צו האט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך רענט, מאָרטגעדזש אדער אנדערע וואוינונג אויסגאבן?

\$

צו האט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך א הייצונג ביל באזונדער פון אייער רענט אדער וואוינונג אויסגאבן?

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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	

**CONSIDER**

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care-Related Additional Allowances
- ✓ SNAP Household Composition Rules
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
- ✓ Property Lien
- ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household

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

**\*Check Primary Heat Type:**

- Natural Gas     Oil     PSC Electric     Coal     Other \_\_\_\_\_  
 Kerosene     Propane     Municipal Electric     Wood

טייל 21 – וואוינונג (המשך)			
איוב י"א, סומעס	יא	ניין	צו האט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך די פאלגנדע אויסגאבן באזונדער פון אייער רענט אדער אנדערע וואוינונג אויסגאבן?
\$			עלעקטריציטעט (פאר באדערפענישן חוץ פון הייצונג; צום ביישפיל באלייכטונג, קאכן, הייסע וואסער א.ד.ג.) <b>1</b>
\$			נאטורליכע גאז (פאר באדערפענישן חוץ פון הייצונג; צום ביישפיל קאכן, הייסע וואסער א.ד.ג.) <b>2</b>
\$			וואסער <b>3</b>
\$			עיר קאנדישען <b>4</b>
\$			פראָפּעין (פאר באדערפענישן חוץ פון הייצונג) <b>5</b>
\$			אפלוף וואסער <b>6</b>
\$			מיסט <b>7</b>
\$			אנדערע יוטיליטיס און אויסגאבן שרייבט ארויס _____ <b>8</b>
			צו וואוינט איר אין פובליק האווינג? <b>9</b>
			צו וואוינט איר אין סעקשען 8 HUD אדער אנדערע סאָפּסידיד האווינג? <b>10</b>
			צו וואוינט איר אין א דראָג/אלקאהאל באהאנדלונג אנשטאלט? <b>11</b>

CHILD IN SNAP HH		LEGALLY OBLIGATED		HOW OFTEN PAID
NO	YES	NO	YES	

נאך אינפארמאציע			
טייל 22 – אנדערע אויסגאבן			
איוב י"א, סכום	יא	ניין	צייכנט צו איוב איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך אפלייט פאר:
\$			באצאלט טשיילד סופארט <b>1</b>
\$			באצאלט סופארט פאר מאן/ווייב <b>2</b>
\$			באצאלט פאר טשיילד קעיר <b>3</b>
\$			באצאלט פאר קעיר פון א דיפענדענט <b>4</b>
\$			באצאלט שכר לימוד, צוצאלונגען אדער אנדערע חינוך/בילדונג-פארבינדענע אויסגאבן <b>5</b>
\$			קאר פעימענט, קאר אינשורענס פעימענט, קרעדיט קארטל פעימענט, אנדערע לאָונס (הלוואות) פעימענט, א.ד.ג.) שרייבט ארויס: _____ <b>6</b>
	<input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין	צו זענט איר אדער איינער וואס אפלייט שולדיג פאר כאטש פיר חודשים פון סופארט פאר א קינד אונטער 21? <b>7</b>





<p><b>EMERGENCY CASH ASSISTANCE</b></p> <p>Is there an immediate need? If not, why not?</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><b>IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">CONSIDER</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width:5%; text-align: center;">✓</td> <td style="width:75%;">Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%; text-align: right;">Actual Expenses</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">✓</td> <td>Actual Shelter</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">✓</td> <td>Actual Fuel/Utility Costs</td> <td></td> <td style="text-align: right;">- Actual Income</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">✓</td> <td>Telephone Expenses</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">✓</td> <td>Car Expenses</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">✓</td> <td>Furniture/Appliance Rental</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">✓</td> <td>Cable TV</td> <td></td> <td style="text-align: right;">= Difference</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">✓</td> <td>Tuition</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">✓</td> <td>Out-of-Pocket Medical Expenses</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">                 NO    YES  <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> Does Client Receive Contribution Towards Difference                  If Yes, From Whom?             </p>	CONSIDER				✓	Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.		Actual Expenses	✓	Actual Shelter			✓	Actual Fuel/Utility Costs		- Actual Income	✓	Telephone Expenses			✓	Car Expenses			✓	Furniture/Appliance Rental			✓	Cable TV		= Difference	✓	Tuition			✓	Out-of-Pocket Medical Expenses		
CONSIDER																																									
✓	Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.		Actual Expenses																																						
✓	Actual Shelter																																								
✓	Actual Fuel/Utility Costs		- Actual Income																																						
✓	Telephone Expenses																																								
✓	Car Expenses																																								
✓	Furniture/Appliance Rental																																								
✓	Cable TV		= Difference																																						
✓	Tuition																																								
✓	Out-of-Pocket Medical Expenses																																								

**NOTES/COMMENTS**

**אנמערקונגען, צוטיילונגען, ערלויבענישן און צושטימונגען**

**זאמלונג און באנוץ מיט סאָושעל סעקיוֹריטי נומערן** – די זאמלונג פון סאָושעל סעקיוֹריטי נומערן (SSN) איז ערלויבט פאר יעדע הויזגעזונד מיטגליד ווי עס פעלט אויס פאר די סאָפלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם (SNAP), לויט די 'עסן און נערונג געזעץ' (Food and Nutrition Act) פון 2008 (ווי געענדערט געווארן). יעדער וואס אָפלייט פאר SNAP מוז צושטעלן א SSN צו קענען באקומען בענעפיטס. אויב איר אדער סיי איינער וואס אָפלייט האט נישט קיין SSN, דאן מוז דער מענטש אָפלייטן פאר אן SSN מיט די סאָושעל סעקיוֹריטי אדמיניסטראציע (באזוכט [www.SSA.gov](http://www.SSA.gov) אדער רופט 1-800-772-1213).

מיט אלעס וואס האט צו טוהן מיט אלע אנדערע פראגראמען פאר וועלכע די אָפליקאציע בויגן פארלאנגט אן SSN, איז די זאמלונג פון SSN אויך געפאדערט און איז ערלויבט אונטער איינס אדער מער פון די פאלגנדע טיילן פון די געזעץ: טייל 205(c) פון די סאָושעל סעקיוֹריטי אקט (42 U.S. קאָוד 405), טייל 1137 פון די סאָושעל סעקיוֹריטי אקט (42 U.S. קאָוד 1320b-7) און טייל 7(a)(2) פון די פרייוועסי אקט פון 1974. זעהט די אנווייזונגען בוך (PUB-1301 Statewide) אדער רעדט מיט איינער סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט אויב איר האט פראגן.

די אינפארמאציע וואס מיר זאמלען וועט גענוצט ווערן צו באשטימען אויב איינער הויזגעזונד איז בארעכטיגט אדער איז ווייטער בארעכטיגט פאר הילף אדער בענעפיטן. די אינפארמאציע וועט ווערן גענוצט צו בודק זיין אידענטיטעט, צו פעסטשטעלן פארדינטע און נישט-פארדינטע איינקומפט, צו באשטימען אויב פעלנדע עלטערן קענען באקומען העלט אינשורענס דעקונג פאר אָפליקאציע אדער פאר די באקומער (רעספיענט), צו באשטימען אויב אָפליקאציע אדער באקומער קענען באקומען טשיילד סופארט אדער ספאָוזעל סופארט (כתובה געלט), און צו באשטימען אויב אָפליקאציע אדער באקומער קענען באקומען געלט אדער אנדערע הילף. מיר וועלן פעסטשטעלן די אינפארמאציע דורך קאמפיוטער מעטשינג פראגראמען. די אינפארמאציע וועט אויך גענוצט ווערן צו באקוקן אז די פראגראם רעגולאציעס ווערן אויסגעפאלגט און פאר פראגראם פארוואלטונג. חוץ פון דאס די באנוץ מיט די אינפארמאציע וואס איר גיבט אונד אויף די אויבנדערמאנטע וועג, וועט די סטעיט נוצן די אינפארמאציע צו צוזאממעלן סטאטיסטיקס איבער די מענטשן וועלכע באקומען בענעפיטן פון די היים ענערגיע הילף פראגראם (Home Energy Assistance Program, HEAP) (זעהט אונטן).

די אינפארמאציע קען ווערן איבערגעגעבן צו אנדערע סטעיט און פעדעראלע אגענטורן פאר אפיציעלע אונטערזיכונג און צו געזעץ ענפארסמענט איינגעשטעלטע פאר די צוועק פון אפשטעלן מענטשן וואס אנטלויפן צו אויסמיידן די געזעץ. אינפארמאציע וואס ווערט געזאמעלט איבער אָפליקאציע פאר און באקומער פון פאמיליע הילף און סעיפטי נעט הילף, אריינרעכענענדיג SSN, קענען ווערן גענוצט צו אויסשטעלן דזשורי גרופעס. אויב אן SNAP אנקלאג קומט ארויף קעגן איינער הויזגעזונד, דאן קען די אינפארמאציע אויף די אָפליקאציע, אריינרעכענענדיג אלע SSN, ווערן איבערגעגעבן צו פעדעראלע און סטעיט אגענטורן, אזוי אויך פאר פרייוואטע אנקלאג קאָלעקשען אגענטורן, פאר די צוועק פון איינמאנען די אנקלאג.

SSN'ס פון בארעכטיגטע הויזגעזונד מיטגלידער וועלן אויך גענוצט און איבערגעגעבן ווערן אין די אופנים וואס זענען אויסגעריכט געווארן אויבן.

חוץ פון דאס נוצן פון די אינפארמאציע וואס איר גיבט אונד אויף די וועג, וועט די סטעיט נוצן די אינפארמאציע צו צוגרייטן סטאטיסטיקס וועגן די מענטשן וואס באקומען בענעפיטס פון HEAP. די אינפארמאציע איז גענוצט צו קאנטראלירן אויף די קוואליטעט דורך די סטעיט צו זיכער מאכן אז סאָושעל סעקיוֹריטי דיסטריקטס טוהן די בעסטע ארבעט וואס זיי קענען. עס ווערט גענוצט צו פעסטשטעלן וועלכע פירמע שטעלט אייך צו ענערדזשי און צו מאכן געוויסע באצאלונגען צו די פירמעס.

**אנמערקונג איבער דיסקרימינאציע** – לויט די פעדעראלע ציווילע רעכטן געזעץ און די פאראייניגטע שטאטן אגריקולטור דעפארטמענט (U.S. Department of Agriculture, USDA) ציווילע רעכטן רעגולאציעס און פאליסיס, איז די אינסטיטוציע פארבאטן פון דיסקרימינאציע לויט ראסע, קאליר, נאציאנאלע אפשטאם, מאן/פריי (אריינרעכענענדיג דזשענדער אידענטיטעט און סעקסועלע אריענטאציע), רעליגיעזע גלויבונג, דיסאביליטי, עלטער, פאליטישע גלויבונגען אדער זיך צו נוקם זיין פאר פריעדיגע שריט אין פארבינדונג מיט ציווילע רעכטן.

ניו יארק סטעיט פארבאט אויך דיסקרימינאציע צוליב טראנסדזשענדער סטאטוס, דזשענדער דיספאריע, הייראט סטאטוס, מיליטערישע סטאטוס, סטאטוס אלץ קורבן פון אביז אינדערהיים, אומשטענדן צוליבן זיין טראגעדיג, גענעטישע באראקטאר-שטריכן, פריעדיגע ארעסטירונגען אדער באשולדיגונג רעקארד, פאמיליע סטאטוסאון נקמה פארן זיך קעגנשטעלן קעגן אומגעזעצליכע דיסקרימינאציע סטאנדארטן.

פראגראם אינפארמאציע קען צוגעשטעלט ווערן אין נאך שפראכן חוץ ענגליש. מענטשן מיט דיסאביליטיס וועלכע נויטיגן זיך אין אנדערע מיטלען פון קאמיוניקאציע פאר פראגראם אינפארמאציע (צ.ב. ברעיל, גרויסע דרוק, אודיאטעיפ, אמעריקאנע צייכן שפראך), זאלן זיך פארבינדן מיט די אגענטור (סטעיט אדער לאקאל) וואו זיי האבן זיך איינגעגעבן פאר בענעפיטן. מענטשן וועלכע זענען טויב, הערן שוואך אדער האבן רעדן דיסאביליטיס קענען זיך פארבינדן מיט די USDA דורך די פעדעראלע ריליע סערוויס אויף 877-8339 (800).

צו אריינגעבן א פראגראם דיסקרימינאציע קאמפליינט (קלאגע), זאל דער מענטש וואס וויל זיך באקלאגן אויספילן אן AD-3027 בויגן – USDA פראגראם דיסקרימינאציע קלאגע בויגן – וואס קען ערהאלטן ווערן אויף די אינטערנעט פון <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, פון סיי וועלכע USDA אפיס דורכן רופן 620-1071 (833) אדער דורכן שרייבן א בריוו אדרעסירט צו די USDA. די בריוו מוז האבן די נאמען, אדרעס און טעלעפאן נומער פון דער מענטש וואס באקלאגט זיך און א געשריבענע שילדערונג פון די אנגעבליכע דיסקרימינאציע שריט פריטיות כדי צו לאזן וויסן פאר דעם געהילף סעקרעטאר פאר ציווילע רעכטן (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) איבער וויאזוי און ווען די אנגעבליכע ציווילע רעכטן פארלעצונג איז פארגעקומען. די אויסגעפולטע AD-3027 בויגן אדער בריוו מוז אריינגעגעבן ווערן דורך: (1) די פאסט: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; (2) דורך פאקס אויף 256-1665 (833) אדער 690-7442 (202); אדער (3) דורך אימעיל: [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

פאר סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע אין פארבינדונג מיט סאָפלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם (SNAP) אנגעלעגנהייטן זאלן מענטשן זיך פארבינדן אדער מיט די USDA'ס SNAP האַטליין נומער אויף 221-5689 (800), וואס איז אויך אוועילעבעל אין ספאניש, אדער מיט די סטעיט אינפארמאציע/האַטליין נומערן וועלכע זענען פארעפנטליכט אויף די אינטערנעט ביי: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

די אינסטיטוציע שטעלט צו גלייכע מעגליכקייטן פאר יעדן.

**צושטימונג צו אויספארשונג** – איך בין מסכים צו סיי וועלכע אויספארשונג צו פעסטשטעלן אדער באשטעטיגן די אינפארמאציע וואס איך האב איבערגעגעבן אין פארבינדונג מיט מיין פארלאנג צו באקומען פובליק הילף (PA), מעדיקעיד, סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם (SNAP) בענעפיטן, היים ענערגיע הילף פראגראם בענעפיטן, סערוויסעס אדער טשיילד קעיר הילף. אויב נאך אינפארמאציע ווערט פארלאנגט, וועל איך עס צושטעלן. איך וועל אויך פולשטענדיג קאאפערירן מיט סטעיט און פעדעראלע איינגעשטעלטע אין סיי וועלכע PA און/אדער SNAP קוואליטעט קאנטראלירונג איבערבליק.

אויב איך אָפּליי פאר SNAP, פארשטיי איך אז די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט וועט פארלאנגען און נוצן אינפארמאציע וואס איז אוועלעבעל דורך די איינקונפט און באקענטיגונג פעסטשטעלונג סיסטעם צו אויספארשן מיין אפליקאציע, און קען פעסטשטעלן די אינפארמאציע דורך אנדערע קאנטראקטן אויב זאכן שטימען נישט. איך פארשטיי אויך אז אזעלכע אינפארמאציע קען משפיע זיין אויף מיין בארעכטיגונג פאר SNAP און/אדער די סומע פון SNAP בענעפיטן וואס איך באקום.

**צושטימונג פאר דאס ארויסגעבן געהיימע ארבעטסלאזיקייט (אָנעמפּלאָימענט) אינשורענס אינפארמאציע** – איך ערלויב פאר די ניו יארק סטעיט לעיבאר דעפארטמענט (Department of Labor, DOL) צו ארויסגעבן סיי וועלכע געהיימע אינפארמאציע וואס ווערט געהאלטן דורך די DOL פאר ארבעטסלאזיקייט אישורענס (Unemployment Insurance, UI) צוועקן צו די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסאביליטי הילף (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). די אינפארמאציע רעכנט אריין UI בענעפיט פאדערונגען און וועיזש רעקאָרדס. איך פארשטיי אז די OTDA, צוזאמען מיט סטעיט און לאקאלע אגענטורן ארבייטער וואס ארבעטן אין סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט אפיסעס, וועלן נוצן די UI אינפארמאציע צו באשטימען אדער צו פעסטשטעלן אויב איך בין בארעכטיגט פאר- און די צאל פון- פובליק הילף, מעדיקעיד, סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם בענעפיטן, היים ענערגיע הילף פראגראם בענעפיטן אדער טשיילד קעיר הילף פאר וועלכע די אפליקאציע איז געמאכט געווארן, און אזוי אויך פאר אויספארשונגען צו באשטימען אויב איך האב באקומען בענעפיטן פאר וועלכע איך בין נישט בארעכטיגט געווען. OTDA קען אויך מיטטיילן די אינפארמאציע מיט די ניו יארק סטעיט אפיס פון קינדער און פאמיליע סערוויסעס (Office of Children and Family Services, OCFS) און די ניו יארק סטעיט געזונטהייט אפטיילונג (Department of Health, DOH). OCFS וועט נוצן די אינפארמאציע צו באקוקן די טשיילד קעיר הילף פראגראם.

**ארויסגעבן אינפארמאציע צו סערוויס פראָוויידערס** – איך גיב מיין ערלויבעניש פאר די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט און פאר די ניו יארק סטעיט רעגירונג צו מיטטיילן אינפארמאציע איבער פובליק הילף אדער איבער סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם בענעפיטן וואס איך – אדער סיי וועלכע מיטגליד פון מיין הויזגעזונד פאר וועם איך קען לעגאל געבן ערלויבעניש – האבן באקומען, פאר צוועקן פון פעסטשטעלן אויב איך בין בארעכטיגט פאר סערוויסעס און באצאלונגען אין פארבינדונג מיט די פראגראם וואס ווערן צוגשטעלט דורך א סטעיט אדער לאקאלע קאנטראקטאר. אזעלכע סערוויסעס קענען אריינרעכענען – אבער נישט נאר – פאסטן צוטיילונג אדער טרענירונג סערוויסעס צוגעשטעלט צו העלפן מיך אדער מיטגלידער פון מיין הויזגעזונד צו באקומען און אנהאלטן צו באשעפטיגונג.

**ארויסגעבן חינוך/בילדונג רעקארדס** – איך גיבט ערלויבעניש פאר די ניו יארק סטעיט העלט דעפארטמענט און פאר די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט צו פארשאפן סיי וועלכע אינפארמאציע וואס האט צו טוהן מיט די חינוך/בילדונג רעקארדס פון מיך אליין און/אדער פון מיינע קינד(ער) אונטער אכצן פאר די פאלגנדע צוועקן: 1) צו פעסטשטעלן אויב איך בין בארעכטיגט פאר פובליק הילף, די סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם און/אדער מעדיקעיד; 2) צו דורכפירן אן איבערבליק אדער פארשונגען איבער סתירות'דיגע אינפארמאציע וואס ווערט איבערגעגעבן אלץ טייל פון דעם בארעכטיגונג פראצעדור; 3) צו בעטן מעדיקעיד פארגוטיונג פאר געזונטהייט-פארבינדענע חינוך סערוויסעס; און 4) צו גיבן צוטריט פאר די פאסיגע פעדעראלע רעגירונג אגענטור צו די אינפארמאציע פאר די איינציגסטע סיבה פון אן איבערבליק (אָודיט).

**ניו יארק סיטי האוזינג אויטאריטעט איינוואוינער צושטימונג צו מיטטיילן אינפארמאציע** – אויב איר אפלייט פאר הילף אין ניו יארק סיטי, וועט די צושטימונג ערלויבן די ניו יארק סיטי האוזינג אויטאריטעט (New York City Housing Authority, NYCHA) צו מיטטיילן אינפארמאציע איבער אייך מיט די ניו יארק סיטי הויזמען ריסאורסעס אדמיניסטראציע/דעפארטמענט און סאָושעל סערוויסעס (Human Resources Administration, HRA) כדי צו העלפן אייך און אייער הויזגעזונד אפלייען פאר הילף אונטער דעם סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם (SNAP) און/אדער פאר HRA קעש הילף וואס קען אריינרעכענען באצאלונג פון רענט חובות.

אויב שרייבט איר אונטער די אפליקאציע אונטן, מעג די NYCHA מיטטיילן מיט די HRA באטרעפנדע אינפארמאציע איבער אויב איר זענט בארעכטיגט פאר- אדער פאר וועלכע סומע פון- SNAP און/אדער קעש הילף בענעפיטן, אריינרעכענענדיג אייער נאמען, אדרעס, געבורט דאטום און רענט און יוטיליטי באצאלונג אינפארמאציע (צום ביישפיל חודש'ליכע רענט סומע, רענט באצאלונג היסטאריע, רענט חוב און אפלייענס באצאלונגען). אין צוגאב, דורכן אונטערשרייבן די אפליקאציע אונטן, דייט איר אן דערמיט אז איר האט די אויטאריטעט צו גיבן צושטימונג אין נאמען פון קינדער אונטער אכצן וועלכע זענען אויסגערעכנט אויף די אפליקאציע, און אז איר אויטאריזירט די NYCHA צו מיטטיילן דעם קינד'ס נאמען, אדרעס און געבורט דאטום מיט די HRA.

די HRA וועט האלטן אין געהיים סיי וועלכע אינפארמאציע וואס די NYCHA טיילט מיט זיי, און זיי וועלן נאר מעגן מיטטיילן די אינפארמאציע מיט די לאקאלע, סטעיט און פעדעראלע אגענטורן וועלכע זענען אחריות פאר די HRA'ס SNAP און קעש הילף בענעפיט פראגראמען.

**באריכטן ענדערונגען** – איך בין מסכים צו לאזן וויסן פאר די אגענטור אויף א צייטליכן פארנעם איבער סיי וועלכע ענדערונג צו מיין אדרעס, מיינע באדערפענישן, איינקונפט און אייגנטום, סטאטוס אלץ א פעאיגער ערוואקסענער אן דיפענדענט (able-bodied adult without dependents, ABAWD), זיין טראגענדיג אדער איבער וואוינונג איינארדנונגען, ווי ווייט איך ווייס אדער גלויב.

אויב איך אפליי פאר טשיילד קעיר הילף, בין איך מסכים צו לאזן וויסן אויף א באלידן פארנעם איבער סיי וועלכע ענדערונג צו פאמיליע איינקונפט, ווער עס וואוינט אין מיין היים, באשעפטיגונג, טשיילד קעיר איינארדענונגען אדער אנדערע ענדערונגען וואס קענען משפיע זיין אויף מיין אנגייענדע בארעכטיגונג אדער סומע פון מיינע בענעפיטן.

**שטראפן** – פעדעראלע און סטעיט געזעצן גיבן אן שטראפן אין פארעם פון געלט קנסות, טורמע אדער ביידע אויב איר זאגט נישט די אמת ווען איר אפלייט פאר פובליק הילף, מעדיקעיד, סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פראגראם, סערוויסעס אדער טשיילד קעיר הילף ("הילף, בענעפיטן אדער סערוויסעס") אדער אין יעדע צייט ווען איר ווערט אויסגעפרעגט איבער אייער בארעכטיגונג, אדער אויב איר זענט גורם פאר א צווייטן נישט צו זאגן די אמת איבער אייער אפליקאציע אדער אייער אנגייענדע בארעכטיגונג. שטראפן גייען אויך אן אויב איר באהאלט אדער גיבט נישט ארויס פאקטן וועגן אייער בארעכטיגונג פון אנהויב אדער אנגייענדע בארעכטיגונג פאר הילף, בענעפיטס אדער סערוויסעס, אדער אויב איר באהאלט אדער גיבט נישט ארויס פאקטן וואס וואלטן משפיע געווען אויף די רעכט פון איינער פאר וועמען איר האט אפלייט צו באקומען אדער אנגיין הילף, בענעפיטס אדער סערוויסעס. אויב איר זענט א באפולמעכטיגטער פארשטייער, דאן מוזן אזעלכע הילף, בענעפיטס אדער סערוויסעס גענוצט ווערן פאר די אנדערע מענטש און נישט פאר אייך אליין. פעדעראלע און סטעיט געזעצן גיבן אן אז סיי וועלכע אריבערפירונג פון פארמעגנס פאר ווייניגער פון די ישר'דיגע, אנגענומענע ווערט אין די מארקעט וואס זענען געמאכט געווארן דורך א מענטש אדער זיין ווייב/איר מאן, אין די צייט אפשינט פון 60 חודשים בעפאר די ערשטע טאג פון די חודש אין וועלכע דער מענטש טוט באקומען נויטסינג אנשטאלט סערוויסעס און האט אריינגעגעבן אן אפליקאציע פאר מעדיקעיד, קען מאכן אז דער מענטש זאל נישט זיין בארעכטיגט פאר נויטסינג אנשטאלט סערוויסעס אדער היים און קאָמיניטי-באזירטע אומזיסטע סערוויסעס פאר א תקופה פון צייט. עס איז נישט געזעצליך צו נעמען הילף, בענעפיטס אדער סערוויסעס דורכן באהאלטן אינפארמאציע אדער אנגעבן פאלשע אינפארמאציע.

**סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פראגראם בארעכטיגונג פארלוסט שטראפן** – סיי וועלכע אינפארמאציע וואס איר גיבט איבער אין פארבינדונג מיט אייער אפליקאציע פאר דעם סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פראגראם (SNAP) וועלן קענען געשיקט ווערן פאר פעסטשטעלונג דורך פעדעראלע, סטעיט און לאקאלע בעאמטע. אויב סיי וועלכע אינפארמאציע איז נישט ריכטיג, וועט איר מעגליך צוריקגעוויזן ווערן פון באקומען SNAP בענעפיטן. איר וועט זיין אויסגעשטעלט צו קרימינאלע אנקלאג אין געריכט אויב איר האט ביזווייליג איבערגעגעבן נישט ריכטיגע אינפארמאציע וואס איז משפיע אויף אויב איר זענט בארעכטיגט בכלל אדער אויף די סכום פון די בענעפיטן. סיי וועלכע מענטש וואס איז געווארן באשולדיגט אין די פארברעך פון במזיד נוצן, אריבערפירן, ערהאלטן, ענדערן אדער נעמען צו זיך SNAP אויטאריזאציע קארטלעך אדער צוטריט דעוויסעס קענען באשטראפט ווערן מיט אזוי פיל ווי \$250,000, איינגעשפארט פאר ביז 20 יאר אדער ביידע. דער מענטש קען אויך זיין אויסגעשטעלט צו אן אנקלאג אין געריכט אונטער די פעדעראלע און סטעיט געזעצן וואס זענען נוגע. סיי ווער וואס טוט פארלעצן א תנאי פון פראָובעישען אדער פעיראל, אדער סיי ווער וואס אנטלויפט צו פארמיידן קלאגעס אין געריכט, טורמע אדער זיין איינגעשפארט פאר א פארברעך און ווערט אקטיוו געזוכט דורך די געזעץ אינפארסירונג אינסטאנצן איז נישט בארעכטיגט צו באקומען SNAP בענעפיטן.

איר קענט אויך געפונען ווערן צו זיין נישט בארעכטיגט פאר SNAP אדער געפונען ווערן צו האבן געטוהן א פראגראם פארלעצונג בכוונה (Intentional Program Violation, IPV) אויב איר מאכט א פאלשע אדער אפנארענדע דעקלעראציע, אדער אויב איר פארדרייט, באהאלט אדער האלט צוריק פאקטן – כדי צו בארעכטיגט ווערן פאר- אדער צו באקומען מער- בענעפיטן; אויב איר קויפט א פראדוקט מיט SNAP בענעפיטן מיט די כוונה צו באקומען דורך דעם קעש דורכן בכוונה אוועקווארפן די פראדוקט און צוריקגעבן די האלטער פאר די דעפאזיט סומע; אדער אויב איר טוט אדער פראבירט צו טוהן סיי וועלכע זאך וואס ווערט פאררעכנט אלץ א פארלעצונג פון פעדעראלע אדער סטעיט געזעץ מיט די צוועק פון נוצן, פארשטעלן, אריבערפירן, פארשאפן, באקומען, האבן אין באזיץ אדער האנדלען מיט SNAP בענעפיטן, אויטאריזאציע קארטלעך אדער דאקומענטן וואס קענען איבערגענוצט ווערן אלץ טייל פון די עלעקטראנישע בענעפיט טראנספער (Electronic Benefit Transfer, EBT) סיסטעם. אין צוגאב, זענען די פאלגנדע זאכן נישט ערלויבט און איר קענט פארלירן די רעכט צו באקומען SNAP בענעפיטן און/אדער באשטראפט ווערן פאר שריט וואס רעכענען אריין:

- נוצן SNAP בענעפיטס צו קויפן זאכן וואס זענען נישט עסן, ווי צום ביישפיל אלקאהאָל אדער ציגארעטלעך;
- נוצן SNAP בענעפיטס צו באצאלן פאר עסן וואס איז געקויפט געווארן בעפאר מיטן אויפשרייבן (קרעדיט);
- לאזן א צווייטן נוצן אייער EBT קארטל אין אויסטויש פאר קעש, וואפן, אמוניציע אדער אויפרייס מאטעריאל, אדער דראָגס, אדער צו קויפן עסן פאר מענטשן וואס זענען נישט מיטגלידער פון אייער SNAP הויזגעזונד; אדער
- נוצן אדער האבן אין אייער רשות EBT קארטלעך וואס באלאנגען נישט צו אייך, אן די אייגנטימער'ס הסכמה.

מענטשן וואס ווערן געכאפט ביים טוהן אן IPV פארלעצונג סיי דורך אן אדמיניסטראטיווע דיסקוואליפיקאציע געהער און סיי דורך א פעדעראלע, סטעיט אדער לאקאלע געריכט, אדער וואס האבן אונטערגעשריבן א וועיווער אויפגעבנדיג די רעכט צו באקומען בענעפיטס צו אן אדמיניסטראטיווע דיסקוואליפיקאציע געהער אדער א דיסקוואליפיקאציע הסכמה איינשטימונג אין פעלער וואס זענען געשיקט געווארן צו ווערן אנגעקלאגט זאלן זיין נישט בארעכטיגט אנטויל צו נעמען אין SNAP פאר א תקופה פון:

- 12 חודשים פאר די ערשטע SNAP IPV;
- 24 חודשים פאר די צווייטע SNAP IPV;
- 24 חודשים פאר די ערשטע SNAP IPV וואס איז באזירט אויף א געפונס פון א געריכט אז דער מענטש האט גענוצט אדער באקומען SNAP בענעפיטן אין אן אריבערפירונג פון געלט אין פארבינדונג מיט א פארקויף פון א קאנטראלירטע מאטעריאל (אומלעגאלע דראָגס אדער געוויסע דראָגס וואס פארלאנגען א פריסקריפשען [רעצעפט] פון א דאקטאר); אדער
- 120 חודשים אויב דער מענטש ווערט געכאפט צו האבן געמאכט א פאלשע דעקלעראציע איבער ווער זיי זענען אדער וואו זיי וואוינען צו קענען באקומען SNAP בענעפיטן אפאר מאל אין די זעלבע צייט, חוץ אויב דער מענטש ווערט אוועקגענומען די רעכט פאר בענעפיטן פאר אייביג צוליב א דריטע SNAP IPV.
- אין צוגאב, קען א געריכט אוועקנעמען די רעכט פון א מענטש צו באקומען SNAP פאר נאך 18 חודשים.

א מענטש קען אוועקנעמען ווערן די רעכט צו SNAP בענעפיטן פאר אייביג צוליב:

- די ערשטע SNAP IPV באזירט אויף די געפונס פון א געריכט אז דער מענטש האט גענוצט אדער באקומען SNAP בענעפיטן אין א געלט אריבערפירונג פארבינדן מיט א פארקויף פון געווער, אמוניציע אדער אויפרייס מאטעריאל;
- די ערשטע SNAP IPV באזירט אויף די באשולדיגונג פון א געריכט פארן האנדלען מיט SNAP בענעפיטן פאר א סך הכל סומע פון \$500 אדער מער (האנדלען רעכנט אריין אומלעגאלערהייט נוצן, אריבערפירן, פארשאפן, טוישן אדער האבן אין באזיץ SNAP אויטאריזאציע קארטלעך אדער מאשינען וואס קענען גענוצט ווערן צו צוקומען צו אזעלכע קארטלעך);
- די צווייטע SNAP IPV באזירט אויף די געפונס פון א געריכט אז דער מענטש האט גענוצט אדער באקומען SNAP בענעפיטן אין א געלט-אריבערפירונג פארבינדן מיט א פארקויף פון א רעגולירטע מאטעריאל (אומלעגאלע דראָגס אדער געוויסע דראָגס וואס פארלאנגען א פריסקריפשען [רעצעפט] פון א דאקטאר); אדער
- א דריטע SNAP IPV.

**פאדערונג צו באריכטן/פעסטשטעלן הויזגעזונד אויסגאבן** – אייער הויזגעזונד מוז באריכטן טשיילד קעיר און ויטיליטי אויסגאבן כדי צו באקומען א סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פראגראם (SNAP) דידאָקשען (אראפערעכענונג) פאר די אויסגאבן. אייער הויזגעזונד מוז באריכטן און באשטעטיגן רענט/מארטענדזש צאלונגען, פראָפערטי שטייערן, אינשורענס, מעדיצינישע אויסגאבן און טשיילד סופארט באצאלט צו איינער וואס איז נישט א מיטגליד פון די הויזגעזונד כדי צו באקומען א SNAP דידאָקשען פאר די אויסגאבן. אויב אייער הויזגעזונד וועט נישט באריכטן/באשטעטיגן די דערמאנטע אויסגאבן וועט דאס געזעהן ווערן ווי א דעקלעראציע פון אייער הויזגעזונד אז איר ווילט נישט באקומען א

דידאָקשען פאר די נישט באריכטעטע/באשטעטיגטע אויסגאבן. א דידאָקשען פאר די אויסגאבן קען אייך מאכן בארעכטיגט פאר SNAP אדער קען פארגרעסערן די סכום פון אייער SNAP בענעפיטן. איר קענט באריכטן/באשטעטיגן די אויסגאבן אין יעדע צייט אין די צוקונפט. די דידאָקשען וועט דערנאך אריינגענומען ווערן אין די חשבון צו אויסרעכענען די סומע פון SNAP בענעפיטן פאר די צוקונפטיגע חודשים, לויט די כללים פון ענדערונג באריכטונג (זעה "באריכטן ענדערונג", אויבן).

**סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פראגראם אויטאריזירטער פארשטייער** – איר קענט אויטאריזירן איינעם וואס איז באקאנט מיט אייער הויזגעזונד'ס מצב צו אפלייען פאר סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פראגראם (SNAP) בענעפיטן פאר אייך. איר קענט אויך אויטאריזירן איינעם וואס איז נישט אין אייער הויזגעזונד צו באקומען SNAP בענעפיטן פאר אייך אדער עס צו נוצן צו קויפן עסן פאר אייך. אויב איר ווילט באשטימען איינעם, דאן מוז דאס געטוהן ווערן אין שריפט. איר קענט באשטימען איינעם דורכן ארויסשרייבן דער מענטש'ס נאמען, אדרעס און טעלעפאן נומער גלייך אונטן, און זיי גיבן צו אונטערשרייבן אין די אונטערשריפט טייל ביי די ענדע פון די אפליקאציע. ווען א באשטימטער פארשטייער אפלייט פאר אן אנדערן SNAP הויזגעזונד וואס וואוינט נישט אין אן אנשטאלט, דאן מוזן סיי דער באשטימטער פארשטייער און סיי א פאראנטווארטליכער ערוואקסענער מיטגליד פון די הויזגעזונד אונטערשרייבן און צולייגן א דאטום פון די אונטערשריפט ביי די ענדע פון די אפליקאציע, חוץ אויב די SNAP הויזגעזונד האט באשטימט אז דער באשטימטער פארשטייער איז געווארן באשטימט צו טוהן אזוי אין שריפט אויף אן אנדערן וועג.

**נאמען, אדרעס און טעלעפאן נומער פון דעם אויטאריזירטער פארשטייער (ביטע שרייבט ארויס):**

**סטאנדארט יוטיליטי געלטער** – איך פארשטיי אז מענטשן וואס באקומען פובליק הילף און סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פראגראם (SNAP) זענען בארעכטיגט לויט זייער איינקונפט פאר די היים ענערגיע הילף פראגראם (HEAP). איך פארשטיי אויך אז אויב איך האב נישט באקומען א HEAP בענעפיט מיט א גרעסערע סכום פון \$20 אין די יעצטיגע חודש אדער פאראנגעבענע 12 חודשים, אדער אן ענליכע ענערדזשי הילף בענעפיט, דאן מוז איך באצאלן פאר הייזונג אדער קילונג באזונדער פון מיין רענט כדי צו באקומען די הייזונג/קילונג סטאנדארט יוטיליטי געלט (אין אנדערע ווערטער, א דידאָקשען) פאר SNAP. איך פארשטיי אז די סטעיט וועט נוצן מיין סאָשעל סעקורירטי נומער צו באשטעטיגן מיט מיין היים ענערגיע פירמעס אז זיי באקומען די באצאלונגען פון HEAP. די ערלויבעניש רעכענט אויך אריין רשות פאר סיי וועלכע פון מיינע האָום ענערדזשי פירמעס (אריינרעכענענדיג מיין יוטיליטי) ארויסצוגעבן געוויסע סטאטיסטישע אינפארמאציע, אריינרעכענענדיג אבער נישט נאר, מיין יערליכע עלעקטריציעטע באנוץ, עלעקטריציעטע קאסטן, גאז באנוץ, גאז סארט, יערליכע גאז קאסטן און באצאלונג היסטאריע צו די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף, די לאקאלע סאָשעל סערוויסעס דיסטריקט און די פאראייניגטע שטאטן דעפארטמענט פון געזונטהייט און מענטשן סערוויסעס פאר די צוועקן פון מעסטן ווי די נידריגע איינקונפט האָום ענערדזשי הילף פראגראם פירט זיך אויף.

**ארויסגעבן מעדיצינישע אינפארמאציע** – איך בין מסכים צו דאס ארויסגעבונג פון סיי וועלכע מעדיצינישע אינפארמאציע איבער מיר – אדער איבער סיי וועלכע פון מיינע פאמיליע מיטגלידער פאר וועם איך קען געבן צושטימונג – דורך מיין פרייער קעיר פראָווידער, דורך סיי וועלכער אנדערער העלט קעיר פראָווידער אדער דורך די ניו יארק סטעיט העלט דעפארטמענט (Department of Health, DOH) צו מיין העלט אינשורענס פירמע און צו סיי וועלכע העלט קעיר פראָווידערס וואס זענען פארמישט אין די קעיר פון מיר אדער פון מיין פאמיליע – וויפיל עס פעהלט זיך אויס פאר מיין העלט אינשורענס פירמע אדער פאר מיין פאמיליע (דאקטוירים א.ד.ג.) צו קענען דורכפירן באהאנדלונגען, באצאלונגען אדער העלט קעיר אפעראציעס; דורך מיין העלט אינשורענס פירמע און דורך סיי וועלכע העלט קעיר פראָווידערס צו די DOH און צו אנדערע אויטאריזירטע פעדעראלע, סטעיט און לאקאלע אגענטורן פאר די צוועקן פון קענען צושטעלן מעדיקעיז; און, דורך מיין העלט אינשורענס פירמע צו אנדערע מענטשן אדער ארגאניזאציעס, לויט וויפיל עס פעהלט זיך אויס פאר מיין העלט אינשורענס פירמע צו קענען דורכפירן באהאנדלונגען, באצאלונגען אדער העלט קעיר אפעראציעס. איך גיב רשות ארויסצוגעבן סיי וועלכע געזונטהייט-פארבינדענע אינפארמאציע איבער מיר – און איבער סיי וועלכער מיטגליד פון מיין פאמיליע פאר וועם איך קען לעגאל גיבן צושטימונג – אין פארבינדונג מיט דאס צושטעלן הילף און סערוויסעס און איבער מיין מעגליכקייט צו אנטוילנעמען אין ארבעטס אקטיוויטעטן, אריינרעכענענדיג באשעפטיגונג – צו די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסאביליטי הילף (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), די ניו יארק סטעיט אפיס פון קינדער און פאמיליע סערוויסעס (Office of Children and Family Services) אדער פאר די לאקאלע סאָשעל סערוויסעס דיסטריקט – וויפיל עס פעהלט זיך אויס צו קענען צושטעלן פובליק הילף בענעפיטן; פאר סערוויסעס, אריינרעכענענדיג קינד וואויליזין (טשיילד וועלפער) סערוויסעס; צו באשטימען פאסיגע ארבעטס אקטיוויטעטן אויפגאבן; צו באשטימען אויב עס פעהלט אויס צו אפלייען און צו מאכן אן אפליקאציע פאר סאָפּלעמענטעל סעקורירטי אינקאָם בענעפיטן; אוועקצושטעלן פאסיגע באהאנדלונג פלענער צו צוריקברענגען די מעגליכקייט צו ארבעטן; און צו באשטימען אויב זענט בארעכטיגט פאר אויסנאמען פון די סטעיט'ס זעכציג-חודשים'דיגע מאקסימום אויף די צייט אפשניט ווי לאנג מען קען באקומען קעש הילף. אויב עס ווערט פארלאנגט פון מיר צו אפלייען פאר בענעפיטס וואס ווערט אויסגעטיילט דורך די סאָשעל סעקורירטי אדמיניסטראציע, דאן מעג די אינפארמאציע אויסגעבענע אויבן ווערן מיטגעטיילט מיט די סאָשעל סעקורירטי אדמיניסטראציע. איך בין אויך מסכים אז די אינפארמאציע וואס ווערט ארויסגעגעבן קען אריינרעכענען HIV, גייסטישע געזונטהייט אדער אלקאהאָל און סובסטאנץ (דראַגס) אביז (נוצן צום שלעכטן) אינפארמאציע וועגן מיר און וועגן מיינע פאמיליע מיטגלידער, לויט וויפיל עס איז ערלויבט דורך די געזעץ, חוץ אויב איינע פון די קעסטלעך איז אנגעצייכנט אונטן. אויב מער פון איין ערוואקסענער אין די פאמיליע שליסט זיך אן אין א מעדיקעיז העלט פלאן, דאן פעהלט זיך אויס אז יעדע ערוואקסענער וואס אפלייט זאל אונטערשרייבן אז זיי זענען מסכים צו דאס ארויסלאזן אינפארמאציע. איך פארשטיי אז מיין מעגליכקייט צו מסכים זיין צו דאס ארויסלאזן אינפארמאציע פארבינדן מיט סיי וועלכע קליינע קינדער פאר וועם איך מעג גיבן הסכמה איז באגרעניצט צו וויפיל אינפארמאציע איך קען באקומען איבער באהאנדלונג, דיאגנאָסיס און פראצעדורן אנשטאט זיי.

\_\_\_\_\_ גיבט נישט ארויס קיין HIV/AIDS אינפארמאציע \_\_\_\_\_ גיבט נישט ארויס קיין דיאגנאָסיס און פראצעדורן אנשטאט זיי.

\_\_\_\_\_ גיבט נישט ארויס קיין גייסטישע געזונטהייט אינפארמאציע \_\_\_\_\_

**ארויסגעבן אינפארמאציע צו די העלט סערוויס פראווידערס** – איך גיבט ערלויבעניש פאר די סאָשעל סערוויסעס דיסטריקט און פאר די ניו יארק סטעיט רעגירונג צו מיטטיילן אינפארמאציע מיט העלט סערוויס פראווידערס וועלכע זענען אויפגענומען געווארן דורך די סאָשעל סערוויסעס דיסטריקט אדער דורך די ניו יארק סטעיט רעגירונג, אין פארבינדונג מיט פובליק הילף בענעפיטן וואס איך – אדער סיי וועלכע פון מיינע פאמיליע מיטגלידער פאר וועם איך קען לעגאל גיבן ערלויבעניש – האבן באקומען אדער זענען בארעכטיגט צו באקומען, פאר די צוועקן פון פארבעסערן די קוואליטעט פון מיין העלט קעיר און אלגעמיינע וואויליזין, און צו אויסארבעטן דאס באקומען נאך בענעפיטן פאר וועלכע איך, אדער מיטגלידער פון מיין הויזגעזונד, זענען מעגליך בארעכטיגט.

**ארויסגעבן אינפארמאציע פאר דעם אוירלי אינטערווענטשן פראגראם – אויב מיין קינד איז אפגעשאצט פאר אדער באטייליגט זיך אין דעם ניו יארק סטעיט אוירלי אינטערווענטשן (פריע אינטערווענץ) פראגראם, דאן גיב איך ערלויבעניש פאר די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט און פאר די ניו יארק סטעיט רעגירונג צו מיטטיילן מיין קינד'ס מעדיקעיד בארעכטיגונג אינפארמאציע מיט מיין קאונטי אדער מוניציפאלע אוירלי אינטערווענטשן פראגראם פאר די צוועק אז זיי זאלן קענען בילן (איינמאנען) מעדיקעיד.**

**קינד/צענערלינג געזונטהייט פראגראם –** איך פארשטיי אז אויב מיין קינד איז אויף מעדיקעיד, קענען זיי באקומען ברייטע פריימערי און פארמיידנדע קעיר, אריינרעכענענדיג אלע נויטיגע באהאנדלונגען דורך די קינד/צענערלינג געזונטהייט פראגראם (Child/Teen Health Program). איך קען באקומען מער אינפארמאציע איבער די פראגראם פון די סאָושעל סערוויס דיסטריקט.

**מעדיקעיר –** איך באשטעטיג אז באצאלונגען אונטער "מעדיקעיר" (טייל B פון טייטל 18, סאָפּלעמענטערי מעדיקעל אינשורענס פראגראם) זאלן ווערן געמאכט דירעקט צו דאקטוירים און מעדיצינישע פירמעס פאר סיי וועלכע צוקונפטיגע אומבאצאלטע בילס פאר מעדיצינישע און אנדערע געזונטהייט סערוויסעס וועלכע זענען געגעבן געווארן פאר מיר אין די צייט וואס איך בין בארעכטיגט פאר מעדיקעיד.

**פארוטיגונג פון מעדיצינישע אויסגאבן אונטער מעדיקעיד –** איך פארשטיי אז איך האב א רעכט אלץ טייל פון מיין מעדיקעיד אפליקאציע, אדער ביז צוויי יאר פון די דאטום פון מיין אפליקאציע, צו פארלאנגען פארוטיגונג פאר אויסגאבן פאר וועלכע איך האב באצאלט פאר מעדיצינישע קעיר, סערוויסעס און סופלייס וואס איך האב באקומען דורכאויס די דריי חודשים פאר די חודש פון מיין אפליקאציע. איך פארשטיי אז נאך די דאטום פון מיין אפליקאציע, וועלן פארוטיגונגען פון געדעקטע מעדיצינישע קעיר, סערוויסעס און סופלייס קענען געגעבן ווערן נאר אויב זיי זענען צוגעשטעלט געווארן דורך פראָוויידערס וואס זענען איינגעשריבן אין מעדיקעיד.

**צוטיילונג פון אינשורענס/אנדערע בענעפיטן און דירעקטע באצאלונג –** פאר פובליק הילף און מעדיקעיד, בין איך מסכים צו אריינגעבן סיי וועלכע קלעימס פאר העלט אדער עקסידענט אינשורענס בענעפיטן, און צו פרובירן צו באקומען סיי וועלכע פערזענליכע וואונדן קלעימס אדער סיי וועלכע אנדערע געלטער צו וועלכע איך בין מעגליך בארעכטיגט, און איך טו דערמיט צוטיילן סיי וועלכע אזעלכע געלטער צו די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט צו וועלכע די אפליקאציע ווערט געמאכט – אז זיי זאלן עס קענען באקומען פון די פירמע אנשטאט איך. אין צוגאב ווען איך ארויסהעלפן מיטן מאכן סיי וועלכע צוגעטיילטע בענעפיטס אוועילעבעל צו די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט צו וועלכע די אפליקאציע איז אויסגעשריבן.

איך אויטאריזיר באצאלונגען וואס דארפן צו געמאכט ווערן פאר מיר אדער פאר מיטגלידער פון מיין הויזגעזונד פאר העלט אדער עקסידענט אינשורענס בענעפיטן צו ווערן געצאלט דירעקט פאר די באטרעפנדע סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט פאר מעדיצינישע און אנדערע געזונטהייט סערוויסעס וועלכע זענען צוגעשטעלט געווארן אין די צייט וואס מיר זענען בארעכטיגט פאר מעדיקעיד.

**מעדיקעיד צוריק-איינמאנונג –** ווען איר באקומט מעדיקעיד, קען אריינגעגעבן ווערן א שעבוד (ליען) און א צוריק-איינמאנונג (ריקאָווערי) קען געמאכט ווערן פאר אייער ריעל עסטעיט אייגנטום אונטער געוויסע אומשטענדן אויב איר זענט אין א מעדיצינישע אנשטאלט און זענט נישט ערווארטעט זיך צוריקצוקערן אהיים. MA וואס איז באצאלט געווארן פאר אייערס וועגן קען ווערן צוריק-איינגעמאנט פון מענטשן וואס האבן געהאט לעגאלע פאראנטווארטליכקייט פאר אייער שטיצע אין די צייט ווען די מעדיצינישע סערוויסעס זענען באקומען געווארן. MA קען אויך צוריק-איינמאנען די קאסטן פון סערוויסעס און פרימיזם וואס זענען באצאלט געווארן נישט ריכטיג.

איך פארשטיי אז פון אפריל 1, 2014, אויב באקום איך מעדיקעיד דורך די ניו יארק סטעיט אָווע העלט:

- קיין שום שעבוד (ליען) וועט נישט ארויפגעלייגט ווערן אויף מיין ריעל עסטעיט אייגנטום בעפאר מיין טויט.
- צוריק-איינמאנונג פון מיין אייגנטום אין מיין רשות ביי מיין טויט איז באגרעניצט צו די סכום וואס מעדיקעיד האט באצאלט פאר די קאסטן פון נירסינג האָום קעיר, היים און קאָמיוניטי-באזירטע סערוויסעס, און פארבינדענע שפיטאל און פריסקריפשען (רעצעפט) מעדיצינען סערוויסעס באקומען אויף מיין 55סטע געבורטס טאג און נאכדעם.

**פובליק הילף צוריק-איינמאנונג –** פובליק הילף (PA) וואס איר באקומט פאר זיך אליין און פאר מענטשן וועם איר זענט לעגאל פאראנטווארטליך צו שטיצן קען צוריק איינגעמאנט ווערן פון געלט וואס איר האט אדער וואס איר וועט מעגליך באקומען. אייערע טעקס ריפאָנדס און טיילן פון לאַטערי געוואונסן קענען ווערן גענומען צו צאלן אייער חוב פאר PA.

**אויטאריזאציע צוריקצואלן פובליק הילף בענעפיטן פון סאָפּלעמענטעל סעקיויריטי אינקאָם למפרע –** איך ערלויב פאר דעם קאמישאנער פון די סאָושעל סעקיויריטי אדמיניסטראציע (Social Security Administration, SSA) צו נוצן מיין ערשטע באצאלונג פון סאָפּלעמענטעל סעקיויריטי אינקאָם (SSI) (דאס הייסט, די SSI באצאלונג וואס ווערט געמאכט למפרע), צו פארוטיגן די לאקאלע סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט (Social Services District, SSD) פאר פובליק הילף (PA) וואס די SSD באצאלט מיר פון סטעיט אדער לאקאלע געלטער אין די צייט וואס די SSA באשלוסט אויב איך בין בארעכטיגט פאר SSI. SSA וועט נישט צוריקצאלן די SSD פאר PA וואס איז געצאלט געווארן נוצנדיג פערעאלע געלטער.

איך וועל זיין געבונדן דורך די אויטאריזאציע נאר אויב די סטעיט לאזט וויסן פאר די SSA אז איך און א פארשטייער פון די SSD האבן עס אונטערגעשריבן. די סטעיט מוז לאזן וויסן ביז 30 טעג אויף די לוח פון דאס צוזאמענפאסן מיין SSI רעקארד מיט מיין סטעיט רעקארד. SSA וועט עס נישט אננעמען נאך 30 טעג אויף די לוח. אנשטאט דעם, וועט SSA מיר שיקן מיין רעטרֶאָאָקטיווע SSI באצאלונג אונטער SSA כללים.

נאר מיין ערשטע באצאלונג פון SSI קען גענוצט ווערן. אויב מיין ערשטע באצאלונג איז גרעסער פון די סכום וואס איך בין שולדיג פאר די SSD, דאן וועט SSA מיר שיקן די רעשט אונטער אירע כללים.

SSA קען צוריקצאלן די SSD אין צוויי מצבים:

- (1) זי וועט צוריקצאלן די SSD אויב איך אפליי פאר SSI און SSA באשלוסט אז איך בין בארעכטיגט.
- (2) עס וועט צוריקצאלן די SSD אויב מיינע SSI בענעפיטס ווערן צוריק אנגעהויבן נאכן ווערן אפגעשטעלט (טערמינעישען אדער סאָספענשען).

SSA וועט נאר צוריקצאלן די SSD פאר PA וואס עס האט מיך באצאלט דורכאויס די צייט וואס איך האב געווארט פאר א באשטימונג פון SSA אויף מיין בארעכטיגונג. דאס ווערט גערופן "צייטווייליגע הילף" (אינטעריס אַסיסטענס). די תקופה הויבט זיך אן: 1) מיט די ערשטע חודש וואס איך ווער בארעכטיגט פאר באצאלונג פון SSI בענעפיטס; אדער 2) אויף די ערשטע טאג וואס מיינע בענעפיטס הויבן זיך צוריק אן נאכדעם וואס מיינן SSI איז געווארן אפגעשטעלט (סאָספענדעד אדער טערמיניטעד). די תקופה רעכנט אריין די חודש וואס די SSI באצאלונגען הויבן זיך למעשה אן. אויב די SSD קען נישט אפשטעלן מיינן לעצטע PA באצאלונג, דאן ענדיגט זיך די תקופה אין די קומענדיגע חודש.

נישט שפעטער פון 10 טעג נאך SSA צאלט צוריק די SSD, מוז די SSD מיר שיקן א מעלדונג מיך זאגנדיג די סכום פון צייטווייליגע הילף וואס איז באצאלט געווארן. די מעלדונג וועט מיך אויך זאגן אז SSA וועט מיך שיקן א בריוו מיך זאגנדיג וויאזוי סיי וועלכע איבערגעבליבענע SSI געלט וואס קומט זיך מיר וועט ווערן געשיקט דורך SSA און אז, אויב איך בין נישט מסכים מיט א באשלוס פון די סטעיט, וויאזוי איך קען אָפּילן די באשלוס צו די סטעיט.

אונטער אירע כללים, מעג SSA נוצן די דאטום וואס איך שרייב אונטער די ערלויבעניש אלץ די ערשטע דאטום ווען איך בין צו ערשט געווארן בארעכטיגט פאר SSI. זי וועט נאר אזוי טוהן אויב איך אָפּילן פאר SSI אין די קומענדיגע 60 טעג.

די ערלויבעניש גייט אן פאר סיי וועלכע SSI אפליקאציע אדער אָפּילן וואס איך האב יעצט ערווארטענדיג אן ענטפער פון SSA. די ערלויבעניש ווערט אפגעענדיגט אויב מיינן SSI פאל איז פולשטענדיג באשלאסן. עס ווערט אפגעענדיגט ווען SSA באצאלט מיך צום ערשטן מאל. איך און די סטעיט קענען אויך מסכים זיין צו אפגענדיגן די ערלויבעניש. איך מוז אונטערשרייבן א נייע ערלויבעניש וואס איז איינשטומוג מיט NYS כללים אויב איך אָפּילן ווידעראמאל פאר SSI נאך וואס די ערלויבעניש ווערט אפגעענדיגט, אדער אויב איך גיב אריין א נייע SSI קלעים בשעת וואס איך האב א SSI אפליקאציע אדער אפיל ערווארטענדיג אן ענטפער.

איך וועל געגעבן ווערן א געלעגנהייט פאר א יושר'דיגע געהער אויב איך בין נישט מסכים מיט א באשלוס וואס די SSD האט געמאכט וועגן צוריקצאלונג.

איך האב באקומען א קאָפּיע פון די פאמפלעט וואס ווערט גערופן "וואס איר זאלט וויסן וועגן סאָשעל סערוויסעס פראגראמען." איך פארשטיי וואס עס שטייט דארטן וועגן צייטווייליגע הילף.

**סופארט – אָפּילייען פאר- אדער באקומען- פאמיליע הילף (Family Assistance, FA), סעיפטי נעט הילף (Safety Net Assistance, SNA) אדער טייטל IV-E פאָסטער קעיר איז אזוי ווי אן אויטאמאטישע צוטיילונג פאר די סטעיט און די סאָשעל סערוויסעס דיסטריקט פון סיי וועלכע רעכט צו באקומען סופארט (קינדער געלט אדער געלט פאר א מיין/ווייב) פאר זיך אליין אדער פאר סיי וועלכער פאמיליע מיטגליד פאר וועם דער אפליקאנט אדער מענטש וואס באקומט די בענעפיטן אפלייט אדער באקומט הילף (סאָשעל סערוויסעס געזעץ, טייל 158 און 348). די דאזיגע צוטיילונג איז באגרעניצט אין געוויסע אומשטענדן. אנדערע טיילן פון די אפליקאציע אנהאלטן נאך צוטיילונגען.**

**צוטיילונג פון סופארט רעכטן – איך פארשטיי אז איך וועל געגעבן ווערן דעם LDSS-5145 בויגן מיט די קעפל "ריפערעל פאר טשיילד סופארט סערוויסעס" (Referral for Child Support Services) צו אויספילן און צוריקשיקן צו די טשיילד סופארט אינפארסירונג איינהייט (Child Support Enforcement Unit).** סידן אין מצבים פון אביז אינדערהיים אדער פון אן אנדערע בארעכטיגטע סיבה – פארשטיי איך אז אלץ א תנאי צו באקומען הילף בין איך געפאדערט צו קאאפערירן מיט די טשיילד סופארט אינפארסירונג איינהייט צו טרעפן סיי וועלכע פעלדע, אנגעבליכע אדער פלאנירטע עלטערן; אוועקשטעלן די לעגאלע עלטערן פאר יעדע מענטש אונטער 21 יאר אלט וואס איז געבוירן געווארן צו נישט פארהייראטע עלטערן; און אוועקשטעלן, ענדערן און/אדער אינפארסירן באפעהלן צו צאלן סופארט. איר פארשטיי אויך אז איך וועל געגעבן ווערן דעם LDSS-4279 בויגן מיט די קעפל "מעלדונג פון פאראנטווארטליכקייטן און רעכטן פאר סופארט" (Notice of Responsibilities and Rights for Support) וואס ערקלערט מיינע פאראנטווארטליכקייטן און רעכטן אויב איך קאאפעריר נישט מיט די טשיילד סופארט אינפארסירונג איינהייט.

איך טייל צו די סטעיט און סאָשעל סערוויסעס דיסטריקט סיי וועלכע רעכטן וואס איך האב צו שטיצע פון מענטשן וואס האבן לעגאלע פאראנטווארטליכקייטן מיך צו שטיצן און סיי וועלכע רעכטן וואס איך האב צו שטיצע פאר סיי וועלכע פאמיליע מיטגליד פאר וועם איך אָפּילן אדער פאר וועם איך באקום הילף. אויב איר אָפּיליט פאר אדער באקומט פאמיליע הילף אדער סעיפטי נעט הילף, איז מיינן צוטיילונג פון שטיצע רעכטן באגרעניצט צו שטיצע וואס זאמלט זיך אן דורכאויס די תקופה וואס איך און/אדער סיי וועלכע פאמיליע מיטגליד באקומט הילף. פונדעסטוועגן, סיי וועלכע שטיצע רעכטן וואס איך טייל צו פאר די סטעיט פאר מיך אדער סיי וועלכע פאמיליע מיטגליד בעפאר אקטאבער 1, 2009, גייט ווייטער אן צו זיין צוגעטיילט צו די סטעיט.

**היים ענערגיע הילף פראגראם – איך פארשטיי אז דורכן אונטערשרייבן די אפליקאציע/באשטעטיגונג, בין איך מסכים צו סיי וועלכע אויספארשונג צו פעסטשטעלן אדער באשטעטיגן די אינפארמאציע וואס איך האב איבערגעגעבן און אנדערע אויספארשונגען דורך סיי וועלכע אויטאריזירטע רעגירונג אגענטור אין פארבינדונג מיט היים ענערגיע הילף פראגראם (Home Energy Assistance Program, HEAP) בענעפיטן. איך גיב אויך רשות צו ערלויבן אז די אינפארמאציע וואס ווערט צוגעשטעלט אין די אפליקאציע זעל ווערן גענוצט אין ריפערעלס צו אוועילעבעל וועטער (צוגרייטן דאס הויז פאר די וועטער, וועטערייזעישען) הילף פראגראמען און מיינן יוטייליט פירמע'ס נידריגע איינקופט פראגראמען.**

איך פארשטיי אז די סטעיט וועט נוצן מיינן סאָשעל סעקיוויטי נומער צו באשטעטיגן מיט מיינן היים ענערגיע פירמעס אז זיי באקומען די באצאלונגען פון HEAP. די ערלויבעניש רעכענט אויך אריין רשות פאר סיי וועלכע פון מיינע האָום ענערגיע פירמעס (אריינרעכענענדיג מיינן יוטייליט) ארויסצוגעבן געוויסע סטאטיסטישע אינפארמאציע, אריינרעכענענדיג אבער נישט נאר, מיינן יערליכע עלעקטריציעטע באנוץ, עלעקטריציעטע קאסטן, גאז באנוץ, גאז סארט, יערליכע גאז קאסטן און באצאלונג היסטאריע צו די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף, די לאקאלע סאָשעל סערוויסעס דיסטריקט און די פאראייניגטע שטאטן דעפארטמענט פון געזונטהייט און מענטשן סערוויסעס פאר די צוועקן פון מעסטן ווי די נידריגע איינקופט האָום ענערגיע הילף פראגראם פירט זיך אויף.

**סעקסועל אנגרייף אינפארמאציע – אויב איר זענט א קורבן פון א סעקסועל אנגרייף, האט איר די רעכט צו פארלאנגען אינפארמאציע פאר ווייטערדיגע הילף פון די סאָשעל סערוויסעס דיסטריקט. אויב איר פארלאנגט אינפארמאציע פאר ווייטערדיגע הילף, מוז די סאָשעל סערוויסעס דיסטריקט אייך צושטעלן מיט די אדרעסן און טעלעפאָן נומערן פון סיי וועלכע: 1) לאקאלע שפיטאלן וואס שטעלן צו סעקסועל איבערפאל פארענדיק עקזאמינער סערוויסעס באפולמעכטיגט דורך די NYS העלט דעפארטמענט; 2) לאקאלע רעיפ (מעשה סדום) קריזיס צענטערן; און 3) לאקאלע אדוואקאטן, קאָנסעלינג און האַטליין סערוויסעס פאסיג פאר קורבנות פון סעקסועל איבערפאלן. אין צוגאב, מוז די סאָשעל סערוויסעס דיסטריקט אייך צושטעלן די מיט די נומערן פון NYS האַטליין פאר סעקסועל איבערפאל און משפחה אָביז (דאמעסטיק וויאלענס): 800) 942-6906 און 818-0656 (800) און 800) (TTY).**

**סערוויפיקאציע פאר טשיילד קעיר הילף – אויב איך אָפּילן פאר טשיילד קעיר הילף, באשטעטיג איך אז מיינע פאמיליע'ס מיטלען זענען נישט מער פון \$1,000,000.**



איך האב געלייענט און איך פארשטיי די אנמערקונגען אויבן. איך פארשטיי און איך בין מסכים צו די צוטיילונגען, ערלויבענישן און צושטימונגען (הסכמות) אויבן. איך זאג צו און/אדער באשטעטיג אונטער די שטראף פון שווערן פאלש אז די אינפארמאציע וואס איך האב איבערגעגעבן אדער וואס איך וועל איבערגעבן פאר די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט איז פולשטענדיג און ריכטיג.			
אָפּליקאַנט אונטערשריפט	מאן/ווייב אדער באשיצנדע פארשטייער אונטערשריפט	דאטום אונטערגעשריבן	דאטום אונטערגעשריבן
		X	X
אָפּליקאַנט/אויטאריזירטער פארשטייער אונטערשריפט		דאטום אונטערגעשריבן	דאטום אונטערגעשריבן
			X

פילט נאר אויס די פאלגנדע אויב איר ווילט צוריקציהען אייער אפליקאציע פאר איין אדער מער פראגראמען.

איך שטום צו צוריקציהען מיין אפליקאציע פאר:

- פובליק הילף (PA)  טשיילד קעיר אנשטאט PA  סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם (SNAP)  מעדיקעיד און SNAP
- מעדיקעיד און PA  סערוויסעס, אריינרעכענענדיג פאָסטער קעיר  טשיילד קעיר הילף  נאר עמערדזשענסי הילף

איך פארשטיי אז איך קען ווידער אפלייען אין יעדן צייט.

דאטום אונטערגעשריבן

אָפּליקאַנט/אויטאריזירטער פארשטייער אונטערגעשריפט

X





# NYS Agency-Based Voter Registration Form

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

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

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

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Please Print Name \_\_\_\_\_

### Important!

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

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

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

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তবে দায়িত্ব 1-800-367-8683  
নম্বরে (কল করুন)

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

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

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

## (Optional) Register to donate your organs and tissues

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

By signing below, you certify that you are:

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



Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Qualifications for Registration

### You Can Use This Form To:

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

### To Register You Must:

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

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

Telephone: 1-800-469-6872;

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

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

## Verifying your identity

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

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

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

## To complete this form:

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

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

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

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