

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME				EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):				DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):		DATE	FORM _____ OF _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION x _____
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			
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	TO	

ניו יארק סטעיט ריסערטיפיקאציע פארעם פאר געוויסע בענעפיטן און סערוויסעס:

אויב איר זענט בלינד אדער אייער זע-קראפט איז גאר שוואך און איר דארפט דעם ריסערטיפיקאציע פארעם אין אן אנדערע פארמאט, קענט איר עס בעטן פון אייער סאשעל סערוויס דיסטריקט. פאר מער אינפארמאציע איבער די סארטן פארמאטן וואס זענען דא צו באקומען און וויאזוי איר קענט פארלאנגען א ריסערטיפיקאציע פארעם אין אן אנדערע פארמאט, זעהט די אנווייזונג בוך פאר דעם בויגן (PUB-1313 Statewide), צו באקומען ביי www.health.ny.gov/ אדער www.otda.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 גרויסע אותיות דאטא CD

פארמאט וואס איר ווילט: אודיו CD ברעיל, אויב איר זאגט אז קיין איינס פון די אנדערע פארמאטן

אויבן וועלן נישט זיין די זעלבע ווירקזאם פאר אייך

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

מיר זענען איבערגעגעבן אייך צו העלפן און שטיצן אויף א פראפעסיאנאל און בכבודיג אופן. ווען איר זעהט "פובליק הילף" (הילף פארן ציבור) אדער "פ.א." אויף די ריסערטיפיקאציע פארעם, מיינט עס "פאמיליע הילף" און/אדער "סעפיטי נעט הילף". מיר רופן ביידע פראגראמען "פובליק הילף". **ביטע זעהט די אינסטרוקציע בוך (PUB-1313 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 ריסערטיפיקאציע פארעם, און פארבינדט אייך מיט אייער סאשעל סערוויסעס דיסטריקט מיט סיי וועלכע פראגן.**

ווען איר זעהט "MA" אויפן ריסערטיפיקאציע פארעם, מיינט עס "מעדיקעיד". איר מעגט איינגעבן פאר MA נוצנדיג דעם ריסערטיפיקאציע פארעם נאר אויב איר ריסערטיפייט אויך פאר פובליק הילף אדער די סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם אין די זעלבע צייט. אויב איר ווילט נאר ריסערטיפייט פאר MA, קענט איר גיין אנליין ביי <https://nystateofhealth.ny.gov/> און/אדער רופן 1-855-355-5777 פאר מער אינפארמאציע אדער צו ריסערטיפייט, אדער איר קענט נוצן דעם MA-בלויז פאפירענע אפליקאציע – פארם DOH-4220, וואס אייער ארבעטער קען אייך געבן, אדער רופט MA הילף ליניע 1-800-541-2831. אויב איר ווילט נאר ריסערטיפייט פאר די מעדיקער סעווינגס פראגראם (MSP), מוזט איר אפלייען מיט פארעם DOH-4328, וואס אייער קעיס ווארקער קען אייך געבן. אויב איר זענט אין באלדיגע נויט פאר פערזענליכע קעיר סערוויסעס, זאלט איר אפלייען פאר MA באזונדער נוצנדיג די MA DOH-4220 אפליקאציע בויגן.

<input type="checkbox"/> פובליק הילף (PA) <input type="checkbox"/> סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם (SNAP) <input type="checkbox"/> מעדיקעיד (MA) און SNAP <input type="checkbox"/> מעדיקעיד (MA) און PA		טייל 1 צייכנט אן יעדע פראגראם פאר וועלכע איר אדער סיי וועלכע מיטגליד פון אייער הויזגעזונד ריסערטיפייט	
טייל 2			
וואס איז אייער הויפט שפראך?		<input type="checkbox"/> ענגליש <input type="checkbox"/> ספּאַניש <input type="checkbox"/> אנדערע (שרייבט ארויס) _____	
וויילט איר באקומען מעדלונגען אין:		<input type="checkbox"/> נאר אין ענגליש <input type="checkbox"/> ענגליש און ספּאַניש	
טייל 5		טייל 3	
איז איינס פון די פאלגנדע זאכן נוגע צו אייך?		באקומער אינפארמאציע	
1	<input type="checkbox"/> טראגעדיג	ערשטע נאמען _____ מיטל אינישעל _____ לעצטע נאמען _____	
2	<input type="checkbox"/> געליטענע פון משפחה אביוז	הייראט סטאטוס _____ טעלעפאן נומער _____ () _____ סעלפּאָן נומער? _____	
3	<input type="checkbox"/> דארף ווערן באשטימט אלץ עלטערן	עירע קאוד _____ זיפ קאוד _____	
4	<input type="checkbox"/> דארף טשיילד סופארט	קאונטי _____ שטאט _____ אפארטמענט נומער _____	
5	<input type="checkbox"/> דראג/אלקאהאל פראבלעם	אופן אדרעס פון נאמען (פילט אויס אויב איר באקומט אייער פאסט ביי א צווייטנס אדרעס)	
6	<input type="checkbox"/> גאז אדער יוטיליטיס אפהאקונג	פאסט אדרעס (אויב אנדערש פון אויבן)	
7	<input type="checkbox"/> אן א פלאץ צו איינשטיין/היימלאז	קאונטי _____ שטאט _____ אפארטמענט נומער _____	
8	<input type="checkbox"/> פייער אדער אנדערע אומגליק	טעלעפאן נומער _____ () _____ איבעל אדרעס (אויב איר ווילט) _____	
9	<input type="checkbox"/> האט נישט קיין איינקונפט	נאך א טעלעפאן נומער _____ וואו מען קען אנקומען _____ צו אייך _____	
10	<input type="checkbox"/> ערנסטע מעדיצינישע פראבלעם	יאר _____ חודשים _____ איז דאס א שעלטער? <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> נאין	
11	<input type="checkbox"/> דארף צו פארלירן היים (עוויקשען)	אנווייזונגען וויאזוי צו אנקומען צו יעצטיגע אדרעס	
12	<input type="checkbox"/> אן עסן	קאונטי _____ שטאט _____ אפארטמענט נומער _____	
13	<input type="checkbox"/> דארף פאסטער קעיר	אויב איר זענט יעצט היימלאז, מאכט א טשעק דא <input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/> דארף טשיילד קעיר	אגענטור וואס העלפט דעם אפליקאנט/קאנטאקט מענטש	
15	<input type="checkbox"/> פראבלעמען מיט ענגליש	טעלעפאן נומער _____ עירע קאוד _____ () _____	
16	<input type="checkbox"/> נארמאלע לעבנס אומשטענדן	צו דארפט איר אז די מעדיקעיד טייל פון די ריסערטיפיקישען און די צוקונפטיגע רעסיס פון סיי וועלכע מעדיקעיד דעקונג זאלן ווערן געהאלטן געהיים (קאנפידענטיעל)? <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> נאין	
17	<input type="checkbox"/> עפעס אנדערש _____	רעכנט אויס די זאכן וואס האבן זיך געטוישט זינט אייער אפליקאציע אדער לעצטע ריסערטיפיקאציע (אזויוו געמופט, געהאט א בעיבי, אינקאם, א.ד.ג.) _____	
<p>טייל 4 – אויב איר אפלייט נאכאמאל פאר SNAP: איר קענט אריינגעבן א ריסערטיפיקאציע פארעם די טאג וואס איר באקומט עס. כדי צו אריינגעבן א SNAP ריסערטיפיקאציע, מוז עס האבן, צום ווייניגסטנס, אייער נאמען, אדרעס (אויב איר האט איינס) און אונטערשריפט אונטן. איר מוזט פארענדיגן די ריסערטיפיקאציע פראצעדור, אריינגערעכנט אונטערשריבן די לעצטע בלאט פון די ריסערטיפיקאציע און ווערן אינטערוויד. אויב זענט איר בארעכטיגט דעפאר, וועט איר באקומען SNAP בענעפיטס צוריק צו די טאג וואס איר האט אריינגעגעבן די ריסערטיפיקאציע. איר מוזט איינגעמאלדן ווערן, ביז 30 טעג פון די טאג ווען איר האט אריינגעגעבן אייער ריסערטיפיקאציע פאר SNAP בענעפיטס, אויב אייער ריסערטיפיקאציע 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 ריסערטיפייט סיי פאר סופלעמענטעל סעקוריריטי אינקאם (SSI) און SNAP בענעפיטס פאר איר לאזט איבער דעם אנשטאלט, דאן וועט די טאג ווען איר האט אריינגעגעבן די ריסערטיפיקאציע ווערן גערעכנט פון די טאג וואס איר לאזט איבער די אנשטאלט.</p>			
דאטום אונטערגעשריבן _____		SNAP באקומער/פארשטייער אונטערגעשריפט _____	
X			

ביטע לייענט די גאנצע בלאט פארדיכטיגערדייט בעפארן עס אויספילן. אויב איר האט פראגן, זעהט די אנווייזונג ביכל (PUB-1313 Statewide) אדער רעדט צו אייער סאוועל סערוויסעס דיסטריקט.									
טייל 9 – בירגערשאפט/נישט-בירגער מיט צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס					טייל 10 – סערטיפיקאציע				
<p>רעכנט אויס יעדער וואס ריסערטיפייט אדער וואס איז געפאדערט צו ריסערטיפייען.</p> <p>איר אונטערשרייבן די באשטעטיגונג אונטן נאר אויב איר זענט א בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן, נעטיוו אמעריקאנער אדער נאציאנאל פון די פאראייניגטע שטאטן אדער א נישט-בירגער מיט צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס. אנדערע פראגראמען פארלאנגען דאס נישט.</p> <p>איר אונטערשרייבן די באשטעטיגונג אונטן נאר אויב איר זענט א בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן, נעטיוו אמעריקאנער אדער נאציאנאל פון די פאראייניגטע שטאטן, אדער א נישט-בירגער מיט צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס, און איר ריסערטיפייט פאר:</p> <ul style="list-style-type: none"> פובליק הילף, אדער די סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם, אדער מעדיקעיד <p>אן ערוואקסענער הויזגעזונד מיטגליד אדער אויטאריזירטער פארשטייער קען אונטערשרייבן פאר אלע הויזגעזונד מיטגלידער. <u>ביישפיל</u>: עלטערן אן צופרידנשטעלנדע נישט-בירגער סטאטוס קענען אונטערשרייבן פאר זייער קינד וואס האט יא צופרידנשטעלנדע נישט-בירגער סטאטוס.</p>									
COMPLETED		REFERRALS			NEEDED				
Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)									
<p>א ריסערטיפיקאציע פאר SNAP מוז אויסרעכענען אלע מענטשן וואס וואוינען אין די SNAP הויזגעזונד. א ריסערטיפיקאציע פאר PA מוז אויסרעכענען אלע קינדער פאר וועם איר ריסערטיפייט, זייערע געשוויסטער, און אלע עלטערן פון די קינדער וואס וואוינען צוזאמען. אויב איר צייכנט נישט אריין אויב איינער פון די אויסגערעכענטע מענטשן איז א בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן, א נאציאנאל פון די פאראייניגטע שטאטן אדער א נישט-בירגער מיט א צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס, אדער שטעלט צו א פאראייניגטע שטאטן בירגערשאפט און אימיגראציע סערוויסעס (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) נומער (עיליען רעגיסטראציע נומער) אדער א נישט-בירגער נומער (אויב שייך), דאן וועט דער מענטש נישט געגעבן ווערן הילף און די איבריגע הויזגעזונד מיטגלידער וועלן באקומען פארקלענערטע בענעפיטס. אויב איר זענט א נעטיוו אמעריקאנער, מאכט א טשעק אויף בירגער/נאציאנאל.</p>									
<p>שרייבט אונטער* און שרייבט די דאטום אין די קעסטל אונטן פאר יעדן אפליקאנט.</p> <p>אין די פאל וואס א נישט-בירגער מיט צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס ריסערטיפייט, באצייכנט די פראגראם(ען) פאר וועלכע יעדע נישט-בירגער וואס געבט איין האט צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס. (זעהט די אנווייזונגען בוך, Pub-1313 Statewide).</p>					<p>מאכט א טשעק אדער אויף "בירגער/נאציאנאל" אדער אויף "נישט-בירגער" פאר יעדער מענטש.</p>				
ל.ב.	ערשטע נאמען	מיטעלע ר"ת	לעצטע נאמען	מאכט א טשעק אדער אויף "בירגער/נאציאנאל" אדער אויף "נישט-בירגער" פאר יעדער מענטש.	USCIS נומער (אויסלענדישער רעגיסטראציע נומער) אדער נישט קיין בירגער נומער (אויב עס איז נוגע)	דאטום	PA	SNAP	MA
01				<input type="checkbox"/> בירגער/נאציאנאל	A	שרייבט אונטער נאמען			
02				<input type="checkbox"/> בירגער/נאציאנאל	A	שרייבט אונטער נאמען			
03				<input type="checkbox"/> בירגער/נאציאנאל	A	שרייבט אונטער נאמען			
04				<input type="checkbox"/> בירגער/נאציאנאל	A	שרייבט אונטער נאמען			
05				<input type="checkbox"/> בירגער/נאציאנאל	A	שרייבט אונטער נאמען			
06				<input type="checkbox"/> בירגער/נאציאנאל	A	שרייבט אונטער נאמען			
07				<input type="checkbox"/> בירגער/נאציאנאל	A	שרייבט אונטער נאמען			
08				<input type="checkbox"/> בירגער/נאציאנאל	A	שרייבט אונטער נאמען			
<p>דורכן אנצייכענען א קעסטל אויבן און דורכן אונטערשרייבן די סערטיפיקאציע פארעם אין טייל 10, טו איר דערמיט באשטעטיגן, אונטער די שטראף פון שווערן פאלש, אז איר, און/אדער די מענטש(ן) פאר וועם איר שרייב אונטער, בין א בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן, נעטיוו אמעריקאנער אדער נאציאנאל פון די פאראייניגטע שטאטן, אדער א נישט-בירגער מיט א צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס. איר פארשטיי אז אונטערשרייבן די סערטיפיקאציע אויבן קען פאראורזאכן אז אינפארמאציע וועגן מיטגלידער פון מיין הויזגעזונד וואס ריסערטיפייט זאלן ווערן אריינגעגעבן צו די פאראייניגטע שטאטן בירגערשאפט און אימיגראציע סערוויסעס פאר באשטעטיגונג פון נישט-בירגער סטאטוס, אויב גילטיג.</p> <p>די באנוץ אדער אנטפלעקונג פון די אינפארמאציע אויבן איז בארעניצט צו די מענטשן און ארגאניזאציעס דירעקט פארבינדן מיט די באשטעטיגונג פון בירגערשאפט סטאטוס, און די אדמיניסטראציע אדער אינפארסירונג פון די פראוויזיעס פון די פובליק הילף, סופלעמענטל נוטרישן הילף, און מעדיקעיד.</p>									
<p>* מענטש וואס וויל אונטערשרייבן די ריסערטיפיקאציע בויגן אבער קען נישט שרייבן קען מאכן אן "X" אויף די שורה אין פארנט פון אן עד. דער עד מוז אונטערשרייבן אונטן.</p>									
<p>איר האב צוגעזען די צייכנס געמאכט אין שורות: _____, אונטערשריפט פון עד: _____ דאטום אונטערגעשריבן: _____</p>									

טייל 11 – איפארמאציע וועגן ריפערעל צו די טשיילד סופארט אינפארסירונג יוניט

אויב איר סירעסטיפייד פאר מעדיקעיד אין צוגאב צו פובליק הילף אדער סופלעמנטל נוטרישן הילף פראגראם, קענט איר אונז מעגליך דארפן העלפן באקומען מעדיצינישע שטיצע פאר אייך און אייערע קינדער וואס ריסערטיפייען. ענטפערט די פאלגנדע פראגן צו באשטימען אויב איר דארפט אויספילן די טייל. רעכנט זיך אליין אריין, אויב און וואו עס איז נוגע:

1. ריסערטיפייט איר פאר איינער 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 זיינע לעגאלע עלטערן? יא ניין
2. ריסערטיפייט איר פאר איינער אונטער די עלטער פון 21 יאר וואס איינע פון די עלטערן פעלט (האט נישט קיין קאסטעדי)? יא ניין

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

איר מוזט אויספילן די טייל אויב איר האט געענטפערט "יא" אויף איינס אדער ביידע פון די פראגן. שטעלט צו די נעמען פון אלע אינדיווידועלן אונטער 21 יאר אלט פאר וועם איר ריסערטיפייד און סיי וועלכע אינפארמאציע וואס איר האט יעצט איבער יענע אינדיווידועלן'ס עלטערן וואס פעלן, אנגעבליכע עלטערן, אדער פלאנירטע עלטערן.

3. זענט איר אונטער 21 יאר אלט יא ניין

אויב איר האט געענטפערט "יא" צו די פראגע, ביטע שטעלט צו די פאלגענדע אינפארמאציע פאר אייער עלטערן וואס פעלן, אנגעבליכע עלטערן אדער, פלאנירטע עלטערן.

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	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	
COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER		
Child Health Plus	✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	✓
TASA	✓ Petition to Family Court	✓
SSI/SSA		

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

INCOME					סכום/ווערט און אפטייט	ווער	סכום/ווערט און אפטייט	ווער	ניין	יא	טייל 16 – איינקונפט אינפארמאציע:		
PERIOD	AMOUNT	SOURCE CODE	LN No.								צייכנט אן אויב איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך באקומט געלט פון:		
											1	ארבעטסלאזיגקייט (אָנעמפּלאַימענט) אינשורענס בענעפיטן	
											2	סאָפּלעמענטעל סעקיוּריטי איינקונפט (SSI) בענעפיטן (סטעיט און פעדעראל אין סך הכל)	
											3	סאָושעל סעקיוּריטי דיסעביליטי (Social Security Disability, SSD) בענעפיטן	
											4	סאָושעל סעקיוּריטי דיפּענדענט בענעפיטן	
											5	סאָושעל סעקיוּריטי איבערלעבער'ס בענעפיטן	
											6	סאָושעל סעקיוּריטי ריטייערמענט בענעפיטן	
											7	רעילראָוד (באן ארבייטער) ריטייערמענט בענעפיטן	
											8	ריטייערמענט בענעפיטן (פענסיע)	
											9	דיווידענדס/אינטערעסט פון סטאָקס, באַנדס, סעיווינגס, א.א.וו.	
											10	ארבעטער'ס פאָרוטיגונג (קאָמפּענסעישען)	
											11	NYS דיסאביליטי בענעפיטן	
											12	וועטעראן'ס פענסיע/בענעפיטן/עיד ענד אטענדענס	
											13	פּובליק הילף גרענט	
											14	GI דיפּענדענסי צוטיילונגען	
											15	עדזשוקעישען גרענטס אדער הלוואות	
											16	ביישטייערונגען/מתנות (באקומען)	
											17	פאָסטער קעיר אויפהאלטונג באַצאלונגען (באקומען)	
CONSIDER													
<input checked="" type="checkbox"/> Child Support Disregard/Pass-Through <input type="checkbox"/> Explained <input type="checkbox"/> Budgeted												18	טשיילד סופארט באַצאלונגען (באקומען) באקומען פון: _____
<input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator												19	סופארט געלטער פון מאן/ווייב (באקומען)
<input checked="" type="checkbox"/> Disability Review												20	פּרוואַטע דיסאביליטי אינשורענס – געזונטהייט/עקסידענט אינשורענס פאליסי איינקונפט
<input checked="" type="checkbox"/> Reception and Placement Grant (SNAP Only)												21	נאָ-פאָולט (אומשולדיג) אינשורענס בענעפיטן
<input checked="" type="checkbox"/> Refugee Matching Grant												22	יוניאן בענעפיטן (אריינרעכענענדיג סטרייק בענעפיטן)
<input checked="" type="checkbox"/> Change in Income from Last Budget												23	הלוואות, נישט פאר עדזשוקעישען (באקומען)
												24	איינקונפט פון א טראָסט (אריינרעכענענדיג איינקונפט וואס איר זענט יעצט באַרעכטיגט צו באקומען אדער זענט געווען באַרעכטיגט צו באקומען אין די פאָרגאנגעהייט, וואס איז נאכנישט פארטיילט געווארן)
												25	צוגעטיילטע געלט פון טרענירונג
												26	רענט איינקונפט (באקומען)
												27	איינקונפט פון מענטשן וואס שטייען איין ביי אייך (באקומען)
													אנדערע איינקונפט
													(ביטע שרייבט ארויס)

		סכום/ווערט און אפטייט	ווער	סכום/ווערט און אפטייט	ווער	ביין	יא	אויב איר ריסערטיפייד פאר מעדיקעייד, ביטע פולט אויס די פאלגענדע טייל: דידאקשענס (אראפרעכענונגען): געוויסע סארטן מעדיקעייד באַדזשעטינג ערלויבן אַפליקאַנטן/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-יאריגע טעקס ריטוירן.
								1 עדיוקעיטאר אויסגאבן
								2 אינדיווידועלע ריטייערמענט אקאונט (IRA) דידאקשען
								3 סטודענט לאון אינטערעסט דידאשען
								4 שכר לימוד און אפצאלן
								5 געוויסע ביזנעס אויסגאבן (רעזערוויסטן, ארטיסטן, פי-באזירטע רעגירונג איינגעשטעלטע
								6 העלט סעווינגס אקאונט דידאקשען
								7 אויסגאבן פון זיך אריבערציהען וועגן ארבעט
								8 טייל פון סעלף-עמפלימענט (S/E) טעקס וואס קען אראפגערעכנט ווערן
								9 S/E, SIMPLE און קוואליפייד פלענס
								10 S/E העלט אינשורענס דידאקשען
								11 פענעלטי פאר פריעהייט ארויסציען סעווינגס
								12 עלימויני באצאלט
								13 דאמעסטישע פראדוקציע אקטיוויטעטן דידאקשען
								14 נאך עדזשאסטמענטס צוגעלייגט אויף שורה 36 (נאר אויף די IRS 1040 פארעם)
								15 ארטשער MSA דידאקשען
								אנדערע צופאסונג (ביטע שרייבט ארויס)

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

טייל 17 – שטיף-עלטערן/נישט-בירגער מיט צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס ספאנסאר אינפארמאציע

ענטפערט אלע פראגן אויסגעריכט אונטן.

ווער?	ביין	יא

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 געספאָנסאַרט צו קענען אריינקומען צו די פאראייניגטע שטאטן?

נאמען פון ספאָנסאַר: _____
טעלעפאן נומער: _____

אדרעס: _____

טייל 18 – 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

איך בין יעצט: באשעפטיגונג זעלבסט-באשעפטיגט ארבעטסלאז
 גראָוס אינקאָם \$ _____ שעה'ן געארבעט חודש'ליך _____
 (אריינרעכענענדיג וועידזשעס, געהאלט, אָווערטיים
 באצאלונג, קאָמישענס און טיפּס)
 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 אייך יעצט: באשעפטיגונג זעלבסט-באשעפטיגט
 ווער: _____
 גראָוס 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?
 צו האט סיי ווער וואס וואוינט מיט אייך העלט אינשורענס פון אן ארבעטסגעבער? ניין יא
 ווער: _____
 נאמען פון אינשורענס פירמע: _____

צו האט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך אויסגאבן פארן זיך אפגעבן מיט א ניין יא
 קינד אדער דיפענדענט צוליבן ארבעטן?
 ווער: _____

צו האט איר אדער סיי ווער עס וואוינט מיט אייך אנדערע ארבעט-
 פארבינדענע אויסגאבן?
 ווער: _____

5

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

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

האט איר אדער סיי ווער וואס וואוינט מיט אייך געפילט פאר אַנעמפּלאַימענט? 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: _____

9 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: _____

10 וואלט איר געקענט אננעמען א פאסטן היינט? יא ניין אויב נישט, פארוואס? _____

11 וועלכע סארט ארבעט וואלט איר געוואלט טוהן? _____

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

טייל 19 – עדזשוקעישען (בילדונג)/טרענירונג

וואס אזי אייער העכסטע שטאפל פון בילדונג וואס איר האט געענדיגט?:
 __ ווייניגער פון א הויך-שולע דיפלאמע
 אויב אזוי, לעצטע קלאס געענדיגט? _____
 פארענדיגט אן אינדיווידואליזירטע עדזשוקעישען פלאן (Individualized Education Plan, IEP)
 הויך-שולע דיפלאמע אדער דזשענערעל עקויוועלענסי דיפלאמע (GED) אדער טעסט אסעסינג סעקאנדערי קאמפלישען (TASC™)
 אסאסיעט'ס דעגרי (2-יאָר קאלעדזש דעגרי)
 בעטשעלאר'ס דעגרי (פיר-יאָריגע קאלעדזש דעגרי) אדער העכער

1

צו האט סיי ווער אין די הויזגעזונד א הויך-שולע דיפלאמע, דזשענערעל עקויוועלענסי דיפלאמע (GED) אדער טעסט אסעסינג סעקאנדערי קאמפלישען (TASC™), אדער העכערע לעוועל פון עדיוקעישאן?
 אויב יא, ווער: _____
 דעגרי ערהאלטן: _____
 דאטום פארענדיגט: _____

2

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

איז אדער איז געווען אין סיי וועלכע טרענירונג פראגראם **אין די לעצטע 12 חדשים?**
 ווער _____
 וואו _____
 פראגראם _____
 דאטומען אנטוילגענומען _____
 דאטומען געענדיגט _____

3

איז 16 יאר אלט און עלטער און גייט אין שולע אדער אין קאלעדזש?
 ווער _____
 וואו _____

4

באקומט טרענירונג געלט-הילף? יא ניין
 ווער _____ \$ סומע _____

5

באקומט עדיוקעישאן גרענטס אדער לאונס? יא ניין
 ווער _____ \$ סומע _____

6

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

7

ווער _____
 שולע _____
 ווער _____
 שולע _____

COMPLETED	REFERRAL	NEEDED
	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
✓ Children's Resources
✓ Lump Sum
✓ Boats, Campers, Snowmobiles
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Exempt Vehicles
✓ EIC
✓ Change in Resources from Last Budget

טייל 20 – רעסורסן (געלט הילפסמילטען) אינפארמאציע						
צייכנט אן אויב איר אדער סיי ווער וואס וואוינט מיט אייך וואס ריסערטיפייט:	יא	ניין	ווער	אויב יא, סומע/ווערד:	ווער	אויב יא, סומע/ווערד:
האט קעש אוועילעבעל	1			\$		\$
האט א טשעקינג אקאונט(ס)	2					
האט א סעווינינגס אקאונט(ס) אדער סערטיפיקאט(ס) פון דעפאזיט	3					
האט א קרעדיט יוניאן אקאונט(ס)	4					
האט לייף אינשורענס	5					
האט טייטל אדער רעגיסטראציע צו א מאטאר וויהיקל(ס) אדער אנדערע וויהיקל(ס): יאר _____ מעיק/מאדעל יאר _____ מעיק/מאדעל אנדערע _____	6					
האט סטאקס, באנדס, סערטיפיקאטס אדער מיוטשועל פאנדס	7					
האט סעווינינגס באנדס	8					
האט אן IRA, קיאו, 401(k) אדער דיפערד קאמפענסעישען אקאונט(ס)	9					
האט אן איריוואוקעבעל באגרעבעניש טראסט	10					
האט א באגרעבעניש פאנד	11					
האט א חלקה פאר קבורה	12					
האט זייער אייגענע היים	13					
האט ריעל עסטעיט, אריינרעכענענדיג וואס ברענגען אריין איינקופט און וואס ברענגען נישט אריין איינקופט פראפערטי	14					
איז בארעכטיגט פאר אן אינקאם טעקס ריפאנד	15					
האט אן עניואיטי	16					
איז די באקומער פון א טראסט	17					
ערווארט צו באקומען א טראסט פאנד, א פראצעס סעטלמענט, ירושה אדער איינקופט פון סיי וועלכע אנדערע מקורות	18					
האט אן "אין טראסט" אקאונט(ס)	19					
האט א סעיף דעפאזיט באקס(עס)	20					
האט רעסורסן אנדערע ווי די אויבנדערמאנטע	21					
צו האט סיי ווער (אריינרעכענענדיג אייער מאן/ווייב, אפילו אויב זיי ריסערטיפייט נישט אדער וואוינען נישט מיט אייך) אוועקגעגעבן קעש, אדער פארקיפט/אריבערגעפירט סיי וועלכע ריעל עסטעיט, איינקופט אדער פערזענליכע אייגנטום אין די לעצטע 36 חדשים?	22					
צו האט סיי ווער (אריינרעכענענדיג אייער מאן/ווייב, אפילו אויב זיי ריסערטיפייט נישט אדער וואוינען נישט מיט אייך) סיי ווען געמאכט א טראסט אין די פאראנגעהייט אדער אריבערגעפירט סיי וועלכע אייגנטום צו א טראסט אין די לעצטע 60 חדשים? 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 21 – מעדיצינישע אינפארמאציע				
	Pregnancy Statement					צייכנט אן אויב איר אדער סיי ווער וואס וואוינט מיט אייך וואס ריסערטיפייט:	
	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 ארבעטסגעבער)	
	Paid or Unpaid Medical Bills				3	האט העלט אינשורענס אוועלעבעל דורך אן ארבעטסגעבער	
	SSI Application Verification (PA ONLY)				4	האט מעדיקעיר (רויטע, ווייטע, און בלויע קארטל)	
CONSIDER					5	האט א געזונטהייט באגלייטער/היים געזונטהייט געהילף	
✓ AD/SSI Related					6	איז בלינד, קראנק אדער דיסעיבעלד	
✓ SNAP Aged/Disabled Indicator					7	איז א קינד מיט אן אנטוויקלונג דיסאביליטי	
✓ SNAP Medical Deduction					8	איז אין שפיטאל, נורסינג היים אדער אנדערע מעדיצינישע אנשטאלט	
✓ TPHI Reimbursement					9	האט באצאלטע אדער אומבאצאלטע מעדיצינישע בילס אין די 3 חדשים פאר די חודש פון די ריסערטיפיקאציע	
✓ Buy-In Eligibility					10	איז אדער איז געווען אפהענגיק אויף דראגס אדער אלקאהאל	
✓ Kreiger (LDSS-3664)					11	דארף האום קעיר/פערזענליכע קעיר	
✓ Domestic Violence					12	איז אויף SSI אדער האט אמאל איינגעגעבן פאר SSI	
✓ SSI Referral					13	איז טראגעדיג (פרעגנענט) אויב טראגעדיג, דו דעייט: _____ ערווארטעט צאל פון געבורטן: _____	
✓ Earned Income Credit					14	באקומט באהאנדלונג פון א דראג אביוז אדער אלקאהאל טריטמענט פראגראם	
✓ Change in Resources					15	האט נישט געקענט ארבעטן פאר כאטש 12 חדשים וועגן א דיסאביליטי אדער קראנקייט	
	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED			16	איז באגרעניצט מיט טאג-טעגליכע אקטיוויטעטן וועגן א דיסאביליטי אדער קראנקייט וואס האט אנגעהאלטן אדער וואס וועט אנהאלטן פאר כאטש 12 חדשים
	SSi (D-CAP)					17	איז געווען פארמישט אין א קאר עקסידענט אדער אין אן ארבעט-פארבינדענע עקסידענט אין די פארגאנגענע צוויי יאר
	Disability Interview (LDSS-1151)					18	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 _____
	Medical Report (LDSS-486, 486t)					19	צו וועט דאס בילן (איינמאנען) סיי וועלכע אנדערע העלט אינשורענס גורם זיין שזאדן צו אייער פיזישע אדער עמאציאנאלע געזונט אדער זיכערהייט, און/אדער וועט דאס אוועקנעמען פון די פריוואטקייט און סודות'דיגקייט פון אייער אפליקאציע פאר- אדער דאס באקומען- מעדיקעיד?
	Disability Report					20	
	AD						
	TPHI						
	ACCES-VR						
	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: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					
העלט אינשורענס פלאן אויסוואהל								
מייסטנס מענטשן וואס זענען איינגעשריבן אין מעדיקעיד ווערן געפאדערט זיך צו אנשליסן אין א מענעדזשעד קעיר העלט פלאן חוץ אויב זיי 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)	פריימערי קעיר פראוויידער (PCP) אדער העלט סענטער (צייכנט אן קעסטל אויב יעצטיגע פראוויידער)	סאָשעל סעקיוורטי #	ID# (פון מעדיקעיד קארטל אויב איר האט איינס)	מאן אדער פרוי M/F/X	געבורטס דאטום חודש/טאג/יאר פון לינקס צו רעכטס	ערשטע נאמען	לעצטע נאמען	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

SHELTER COSTS		MONTHLY ACTUAL COST	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	טייל 22 – וואוינונג			
A. Room and Board				Landlord Statement		וואס איז אייער לענדלאָרד'ס נאמען?			
B. Rent				Rent Receipt					
C. Trailer Lot Rent				Tenant of Record		וואס איז אייער לענדלאָרד'ס אדרעס?			
D. Mortgage Payment				Customer of Record					
	1. Principal			Voluntary Restrict					
	2. Interest			Mandatory Restrict					
	3. Property Tax (including School Tax)			Subsidized Housing					
	4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)			Mortgage/Title Search					
	5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)			Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office		וואס איז אייער לענדלאָרד'ס טעלעפאן נומער?			
	6. Assessments (Sewer, etc.)			Property Lien					
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)				Shelter/Utility Repayment Agreement		() צו האט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך רענט, מאָרטגעדזש אדער אנדערע וואוינונג אויסגאבן? \$			
TOTAL (Lines A - E)									
			CONSIDER <input checked="" type="checkbox"/> Utility and/or Fuel Restrict <input checked="" type="checkbox"/> Utility Guarantee <input checked="" type="checkbox"/> HEAP <input checked="" type="checkbox"/> Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount <input checked="" type="checkbox"/> Foster Care-Related Additional Allowances <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Household Composition Rules <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> Real Property Tax Credit <input checked="" type="checkbox"/> AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance <input checked="" type="checkbox"/> Property Lien <input checked="" type="checkbox"/> If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household						

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)
REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	
	Child/Dependent Care Statement		
	Recoupments		
	Outstanding Overpayment		
	Pending Disqualification		
<p>IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.</p>			
Actual Expenses	\$	<p>CONSIDER</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc. ✓ Actual Shelter ✓ Actual Fuel/Utility Costs ✓ Telephone Expenses ✓ Car Expenses ✓ Furniture/Appliance Rental ✓ Cable TV ✓ Tuition ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses 	
Actual Income	\$		
= Difference	\$		
<p>Does Client Receive Contribution Towards Difference <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If Yes, From Whom? _____</p>			
<p>Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eligible Child Status • Essential Persons Status • Family Assistance Extensions 			
<p>Category is _____</p> <p>Documented by _____</p>			

טייל 24 – אנדערע אינפארמאציע			
	ניין <input type="checkbox"/>	יא <input type="checkbox"/>	8 קויפט איר אדער פלאנט איר צו קויפן מאלצייטן פון א היים דעליווערי אדער קאמיונעל (צוזאמען מיט אנדערע) עסן סערוויס?
VETERAN STATUS	ניין <input type="checkbox"/>	יא <input type="checkbox"/>	9 קענט איר קאכן אדער צוגרייטן מאלצייטן אינדערהיים?
VETERAN STATUS	ניין <input type="checkbox"/>	יא <input type="checkbox"/>	10 זענט איר אדער איינער אין אייער הויזגעזונד אמאל געווען אין די מיליטער פון די פאראייניגטע שטאטן? ווער?
	ניין <input type="checkbox"/>	יא <input type="checkbox"/>	11 איז אייער מאן/ווייב אמאל געווען אין די U.S. מיליטער?
	ניין <input type="checkbox"/>	יא <input type="checkbox"/>	12 איז איינער אין אייער הויזגעזונד א דיפענדענט פון איינער וואס איז אדער איז געווען אין די מיליטער פון די פאראייניגטע שטאטן? ווער?
	ווער	ניין	יא
			צייכנט אן אויב איר אדער סיי ווער וואס וואוינט מיט אייך וואס ריסערטיפייט:
			האט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך און ריסערטיפייט מיט אייך זיך אריבערגעצויגן צו דעם קאונטי פון אן אנדערע קאונטי אין ניו יארק סטעיט אין די פארגאנגענע צוויי חדשים?
			זענט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך אמאל געפונען געווארן שולדיג פון און/אדער געווארן דיסקוואליפייט (פארלוירן די רעכט) פאר פובליק הילף און/אדער די סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם (SNAP) וועגן שווינדל/א פראגראם פארלעצונג במזיד?
			האט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך באקומען בענעפיטס פאר וועלכע זיי זענען נישט געווען בארעכטיגט, וואס זענען נישט אינגאנצן צוריקגעצאלט געווארן צו די אדער אנדערע אגענטור?
			זענט איר אדער אנדערע מיטגליד פון אייער הויזגעזונד באשולדיגט געווארן פון מאכן א פאלשע סטעיטמענט אדער פארשטעלונג פון וואוינונג כדי צו באקומען פובליק הילף און צוויי אדער מער סטעיטס?
			זענט איר אדער אן אנדערער מיטגליד פון אייער הויזגעזונד באשולדיגט געווארן פון געווארן פון שווינדלעריש באקומען טאפלטע SNAP בענעפיטן אין סיי וועלכע סטעיט נאך סעפטעמבער 22, 1996?
			זענט איר אדער אנדערע מיטגליד פון אייער הויזגעזונד באשולדיגט געווארן פון קויפן אדער פארקויפן SNAP בענעפיטן פאר א סך הכל פון מער פון \$500 נאך סעפטעמבער 22, 1996?
			זענט איר אדער אנדערע מיטגליד פון אייער הויזגעזונד באשולדיגט געווארן פון האנדלען מיט SNAP בענעפיטס פאר וואפן, אמוניציע אדער אויפרייס מאטעריאל, אדער דראַגס?
			טוט איר אדער אן אנדערע מיטגליד פון אייער הויזגעזונד אנטלויפן צו פארמיידן פראַסעקיושען, ווערן איינגעזעצט אדער ארעסטירט נאכן ווערן באשולדיגט פון א פארברעכן אדער פרובריעטע פארברעכן און ווערט געזוכט דורך די אויטאריטעטן?
			טוט איר אדער אנדערע מיטגליד פון אייער הויזגעזונד פארלעצן פראַבעישען אדער פעיראָול לויט א געריכט ארדער?
אייגנטום אריבערפירונג סטאטוס			
<p>אין האב <input type="checkbox"/> אין האב נישט <input type="checkbox"/> פארקויפט, אריבערגעפירט אדער אוועקגעגעבן סיי וואס פון מיין פראַפערטי פאר סיי ווער צו באקומען פובליק הילף אדער SNAP בענעפיטס.</p>			

NOTES/COMMENTS

אנמערקונגען, צוטיילונגען, ערלויבענישן און צושטימונגען

זאמלונג און באנוץ מיט סאָושעל סעקיוויטי נומערן – די זאמלונג פון סאָושעל סעקיוויטי נומערן (SSN'ס) איז ערלויבט פאר יעדע הויזגעזונד מיטגליד ווי עס פעלט אויס פאר די סאָפלעמענטעל נטרישען 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 אפלייט האט נישט קיין SSN, דאן מוז דער מענטש אפלייען פאר אן SSN מיט די סאָושעל סעקיוויטי אדמיניסטראציע (באזוכט www.SSA.gov אדער רופט 1-800-772-1213).

מיט אלעס וואס האט צו טוהן מיט אלע אנדערע פראגראמען פאר וועלכע די ריסערטיפיקאציע פארעם פארלאנגט אן SSN, איז די זאמלונג פון SSN'ס אויך געפאדערט און איז ערלויבט אונטער איינס אדער מער פון די פאלגנדע טיילן פון די געזעץ: טייל 205(c) פון די סאָושעל סעקיוויטי אקט (U.S. 42 קאָוד 405), טייל 1137 פון די סאָושעל סעקיוויטי אקט (U.S. 42 קאָוד 1320b-7) און טייל 7(a)(2) פון די פרייוועסי אקט פון 1974. זעהט די אנווייזונגען בוך (PUB-1313 Statewide) אדער רעדט מיט אייער סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט אויב איר האט פראגעס.

די אינפארמאציע וואס מיר זאמלען וועט גענוצט ווערן צו באשטימען אויב אייער 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 איינקונפט, צו באשטימען אויב פעלנדע עלטערן קענען באקומען העלט אינשורענס דעקונג פאר אפליקאנטן אדער פאר די באקומער (רעסיפיענט), צו באשטימען אויב אפליקאנטן אדער באקומער קענען באקומען טשיילד סופארט אדער ספאָוזעל סופארט (כתובה געלט), און צו באשטימען אויב אפליקאנטן אדער באקומער קענען באקומען געלט אדער אנדערע הילף. מיר וועלן פעסטשטעלן די אינפארמאציע דורך קאמפיוטער מעטשינג פראגראמען. די אינפארמאציע וועט אויך גענוצט ווערן צו נאכקוקן 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 צוזאממשטעלן 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 אפליקאנטן פאר און באקומער פון פאמיליע הילף און סעיפטי נעט הילף, אריינרעכענענדיג SSN'ס, קענען ווערן גענוצט צו אויסשטעלן דזשורי גרופעס. אויב א SNAP אנקלאג קומט ארויף קעגן אייער הויזגעזונד, דאן מעג די אינפארמאציע אויף די ריסערטיפיקאציע, אריינרעכענענדיג אלע SSN'ס, ווערן איבערגעגעבן צו פעדעראלע און סטעיט אגענטורן, אזוי אויך פאר פרייוועטע אנקלאג קאלעקשען אגענטורן, פארן צוועק פון איינמאנען די אנקלאג.

SSN'ס פון בארעכטיגטע הויזגעזונד מיטגלידער וועלן אויך גענוצט און איבערגעגעבן ווערן אין די אופנים וואס זענען אויסגערעכנט 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 סעקיוויטי 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/פרוי (אריינרעכענענדיג דזשענדער אידענטיטעט און סעקסועלע ארענטאציע), 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 צוליב 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 פיילן א פראגראם דיסקרימינאציע קלאגע, זאל א קלעגער אויספילן א פארעם AD-3027, USDA פראגראם דיסקרימינאציע קלאגע פארעם וואס קען געפינען ווערן אנליין ביי <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, פון סיי וועלכע USDA אפיס דורך רופן 620-1071 (833), אדער דורך שרייבן א בריוו 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 בפרטיות 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: 2; 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; (Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 2; אדער 256-1665 (833) אדער 690-7442 (202); אדער (3) אימעיל: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

פאר סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע אין פארבינדונג מיט סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם (SNAP) אנגעלעגנהייטן זאלן מענטשן זיך פארבינדן אדער מיט די USDA ס'SNAP האָטליין נומער אויף 221-5689 (800), וואס איז אויך אוועילעבעל אין ספאניש, אדער מיט די סטעיט אינפארמאציע/האָטליין נומער וועלכע זענען פארעפנטליכט אויף די אינטערנעט ביי: 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), מעדיקעיז, 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 ריסערטיפיי פאר SNAP, פארשטיי איך אז די סאושעל סערוויסעס דיסטריקט וועט פארלאנגען און נוצן אינפארמאציע וואס איז אוועילעבעל דורך די איינקונפט און בארעכטיגונג פעסטשטעלונג סיסטעם צו אויספארשן מיין ריסערטיפיקאציע, און קען פעסטשטעלן די אינפארמאציע דורך אנדערע קאנטאקטן אויב זאכן שטימען נישט. איך פארשטיי אויך אז אדעלכע אינפארמאציע קען משפיע זיין אויף מיין בארעכטיגונג פאר SNAP און/אדער די סומע פון SNAP בענעפיטן וואס איך באקום.

צושטימונג פאר דאס ארויסגעבן געהיימע ארבעטסלאזיגקייט (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 ארבעטסלאזיגקייט 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 רעקארדס. איך פארשטיי אז די OTDA, צוזאמען מיט סטעיט און לאקאלע אגענטורן ארבעטער וואס ארבעטן אין סאושעל סערוויסעס דיסטריקט אפיסעס, וועלן נוצן די UI אינפארמאציע צו באשטימען אדער צו פעסטשטעלן בארעכטיגונג פאר, און די צאל פון, פובליק הילף, מעדיקעיז, סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם בענעפיטס, היים ענערגיע הילף פראגראם בענעפיטס אדער טשיילד קעיר הילף, וואס זענען איינגעגעבן געווארן פאר אין די אפליקאציע/ריסערטיפיקאציע און פאר אויספארשונגען צו באשטימען אויב איך האב באקומען בענעפיטס פאר וועלכע איך בין נישט געווען בארעכטיגט. 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 נאכקוקן די טשיילד קעיר הילף פראגראם.

ארויסגעבן אינפארמאציע פאר די וואס שטעלן צו סערוויסעס – איך גיב מיין ערלויבעניש צו די סאושעל סערוויסעס דיסטריקט און צו ניו יארק סטעיט צו מיטטיילן אינפארמאציע איבער פובליק הילף אדער סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם בענעפיטס וואס איך אדער סיי וועלכע מיטגליד פון מיין הויזגעזונד פאר וועם איך קען לעגאל געבן ערלויבעניש האבן באקומען, פאר צוועקן פון פעסטשטעלן מיין בארעכטיגונג פאר סערוויסעס און באצאלונג פארבינדן מיט די פראגראם אדמיניסטראציע צוגעשטעלט דורך א סטעיט אדער לאקאלע קאנטראקטאר. אדעלכע סערוויסעס קענען אריינרעכענען – אבער נישט נאר – פאסטן צוויילונג אדער טרענירונג סערוויסעס צוגעשטעלט צו העלפן מיך אדער מיטגלידער פון מיין הויזגעזונד צו באקומען און אנהאלטן צו באשעפטיגונג.

ארויסלאז פון עדיקעישנעל רעקארדס איך ערלויב פאר די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט פון געזונטהייט און די סאושעל סערוויסעס דיסטריקט צו ערהאלטן סיי וועלכע אינפארמאציע וואס האט צו טוהן מיט די חינוך רעקארדס פון מיך און/אדער פון מיינע קליינע קינד(ער) פאר די פאלגענדע צוועקן: (1) פעסטשטעלן מיין בארעכטיגונג פאר פובליק הילף, די סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם, און/אדער מעדיקעיז; (2) דורכפירן איבערזיכטן אדער אויספארשונגען וואס קומען פון קעגנשטעלנדע אינפארמאציע צוגעשטעלט ארס טייל פון די בארעכטיגונג פראצעדור; (3) בעטן מעדיקעיז פארוטיגונג פאר געזונטהייט-פארבינדענע חינוך סערוויסעס; און (4) געבן צוטריט צו די פאסיגע פעדעראלע רעגירונג אגענטור צו די אינפארמאציע פאר די איינציגסטע סיבה פון אודיט.

ניו יארק סיטי האווינג אויטאריטעט איינבוואוינער צושטימונג צו מיטטיילן אינפארמאציע – אויב איר געבט איין פאר הילף אין ניו יארק סיטי, וועט די צושטימונג ערלויבן די ניו יארק סיטי הויזינג אויטאריטעט ("NYCHA") מיטצוטיילן אינפארמאציע איבער אייך מיט די ניו יארק סיטי יומען ריסאורסעס אדמיניסטראציע/דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס (HRA) צו העלפן אייך און אייער הויזגעזונד איינגעבן פאר הילף אונטער די סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם ("SNAP"), און/אדער פאר HRA קעש אסיסטענס, וועלכע קען אריינרעכענען צאלונג פון רענטאל 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 ווייליטי באצאלונג אינפארמאציע (צום ביישפיל חודש'ליכע רענט סומע, רענט באצאלונג היסטאריע, רענט חוב און אפלייננס באצאלונגען). אין צוגאב, דורכן אונטערשרייבן די אפליקאציע אונטן, דייט איר אן דערמיט אז איר האט די ווייליטי אונטער צו גיבן צושטימונג אין נאמען פון קינדער אונטער אכצן וועלכע זענען אויסגערעכנט אויף די אפליקאציע, און אז איר אויטאריזירט די NYCHA 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 ענדערונג – איך שטים איין צו לאזן וויסן פאר די אגענטור **זאפארט** וועגן סיי וועלכע ענדערונג אין מיין באדערפענישן, וואוינונג/אדרעס, וואוינונג איינארדענונגען, הויזגעזונד מאס, איינקונפט, עמפלויעמענט, פראפערט/ריסארסעס, דיפענדענט קעיר קאסטן, העלט אינשורענס, נישט-בירגער מיט צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס/בירגערשאפט סטאטוס, פעאגיע דערוואקסענע אן זיין אפהענגיק (ABAWD) סטאטוס, טראגעדיג סטאטוס אדער וואוינונג איינארדנונגען, לויט וואס איז צום בעסטן באוואוסט אדער זעט אויס צו מיר.

אויב איך אפליי פאר טשיילד קעיר הילף, בין איך מסכים צו לאזן וויסן **אויף א באלדיגן 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 געבן שטראפן פון געלט קנסות, טורמע אדער ביידע אויב איר זאגט נישט די אמת ווען איר ריסערטיפייד פאר פובליק הילף, מעדיקעיד, סאָפּלעמענטעל נוטרישען הילף פראגראם, סערוויסעס אדער טשיילד קעיר הילף ("הילף, בענעפיטס אדער סערוויסעס") אדער אין יעדע צייט ווען איר ווערט אויסגעפרעגט איבער אייער בארעכטיגונג, אדער זענט גורם פאר א צווייטן נישט צו זאגן דעם אמת וועגן אייער ריסערטיפיקאציע אדער אייער אנגייענדע בארעכטיגונג. שטראפן גייען אויך אן אויב איר באהאלט אדער געבט נישט ארויס פאקטן וועגן אייער בארעכטיגונג פון אנהויב אדער אנגייענדע בארעכטיגונג פאר הילף, בענעפיטס אדער סערוויסעס, אדער אויב איר באהאלט אדער געבט נישט ארויס פאקטן וואס וואלטן משפיע געווען אויף די רעכט פון איינער פאר וועמען איר האט ריסערטיפייד צו באקומען אדער אנגיין צו באקומען 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 יושר'דיגע, אנגענומענע ווערט אין די מארקעט וואס זענען געמאכט געווארן דורך א מענטש אדער זיין ווייב/איר מאן, אין די צייט אפשינט פון 60 חדשים בעפאר די ערשטע טאג פון די חודש אין וועלכע דער מענטש טוט באקומען נירסינג אנשטאט סערוויסעס און האט אריינגעגעבן אן אפליקאציע פאר מעדיקעיד, קען מאכן אז דער מענטש זאל נישט זיין בארעכטיגט פאר נירסינג אנשטאלט סערוויסעס אדער היים און קאָמיוניטי-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 נוטרישען הילף פראגראם בארעכטיגונג פארלוסט שטראפן – סיי וועלכע אינפארמאציע וואס איר גיבט איבער אין פארבינדונג מיט אייער אפליקאציע פאר דעם סאָפּלעמענטעל נוטרישען 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 אוןקלאג אין געריכט אויב איר האט ביזויליג 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 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 באזיך 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 אייגנטומער'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 וועווער 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 אנטהאלטן צו נעמען אין SNAP פאר א תקופה פון:

- 12 חדשים פאר די ערשטע SNAP IPV;
 - 24 חדשים פאר די צווייטע SNAP IPV;
 - 24 חדשים פאר די ערשטע SNAP IPV וואס איז באזירט אויף א געפינס פון א געריכט אז דער מענטש האט גענוצט אדער באקומען SNAP בענעפיטס אין אן אריבערפירונג פון געלט וואס איז געווען פארמישט אין די פארקויף פון א קאנטראלירטע מאטעריאל (אומלעגאלע דראגס אדער געוויסע דראגס פאר וועלכע עס פארלאנגט זיך א פריסקריפישען פון א דאקטאר); אדער
 - 120 חדשים אויב דער מענטש ווערט געכאפט צו האבן געכאפט 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 אוועקגענומען ווערן די רעכט צו SNAP בענעפיטן פאר אייביג צוליב:

- די ערשטע SNAP IPV באזירט אויף די געפינס פון א געריכט אז דער מענטש האט גענוצט אדער באקומען SNAP בענעפיטס אין א געשעפט פארמישט מיט די פארקויף פון וואפן, 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 דראַגס אדער געוויסע דראַגס 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 יוטיליטי אויסגאבן כדי צו באקומען א סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פראגראם (SNAP) דידאָקשען (אראפרעכענונג) פאר די אויסגאבן. אייער הויזגעזונד מוז באריכטן און באשטעטיגן רענט/מארטגעדזש צאלונגען, פראָפּערטי 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 דעמאלטס ווערן אריינגעלייגט אין די חשבון פון SNAP בענעפיטס אין קומענדיגע חדשים, לויט די כללים פון ענדערונג באריכטן (זעהט ענדערונג באריכטן, אויבן).

סאָפּלעמענטעל נטרישען הילף פראגראם אויטאריזירטע פארשטייער – איר קענט באשטימען איינער וואס קען אייער הויזגעזונד'ס אומשטענדן צו ריסערטפייען פאר סופלעמענטל נטרישען הילף פראגראם (SNAP) בענעפיטס 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 געבן צו אונטערשרייבן אין די אונטערשריפט טייל ביי די ענדע פון די ריסערטפייקאציע. 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 פאראנטווארטליכע ערוואקסענע מיטגליד פון די הויזגעזונד אונטערשרייבן אן צולייגן א דאטום פון די אונטערשריפט ביי די ענדע פון דעם ריסערטפייקאציע, 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 פאראנגעבע 12 חודשים, אדער אן ענליכע ענערדזשי הילף בענעפיט, דאן מוז איך באצאלן פאר הייצונג אדער קילונג באזונדער פון מיין רענט כדי צו באקומען די הייצונג/קילונג סטאנדארט יוטיליטי געלט (אין אנדערע ווערטער, א דידאָקשען) פאר SNAP. איך פארשטיי אז די סטעיט וועט נוצן מיין סאושעל סעקורירטי נומער צו באשטעטיגן מיט מיין היים ענערגיע פירמעס אז זיי באקומען די באצאלונגען פון HEAP. די ערליבעניש 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 סאָושעל 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 פראָוויידער, דורך סיי וועלכער אנדערער העלט קעיר פראָוויידער אדער דורך די ניו יארק סטעיט העלט דעפארטמענט (Department of Health, DOH) צו מיין העלט אינשורענס פירמע און צו סיי וועלכע העלט קעיר פראָוויידערס 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 פראָוויידערס 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 אנטווערען אין ארבעטס אקטיוויטעטן, אריינרעכענענדיג באשעפטיגונג – צו די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסאָביליטי 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 סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט – וויפיל עס פעהלט זיך אויס צו קענען צושטעלן פובליק הילף בענעפיטן; פאר סערוויסעס, אריינרעכענענדיג קינד וואוילזיין (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 פאר די סטעיט'ס זעכציג-חודשים'דיגע מאקסימום אויף די צייט אפשינט ווי לאנג מען קען באקומען קעש הילף. אויב עס ווערט פארלאנגט פון מיר צו אפלייען פאר בענעפיטס וואס ווערט אויסגעטיילט דורך די סאָושעל סעקורירטי אדמיניסטראציע, דאן מעג די אינפארמאציע אויסגערעכנט אויבן ווערן מיטגעטיילט מיט די סאָושעל סעקורירטי אדמיניסטראציע. איך בין אויך מסכים אז די אינפארמאציע וואס ווערט ארויסגעגעבן קען אריינרעכענען HIV, גייסטישע געזונטהייט אדער אלקאהאָל און סובסאָאָן (דראַגס) אביז (נוצן צום שלעכטן) אינפארמאציע וועגן מיר און וועגן מיינע פאמיליע מיטגלידער, לויט וויפיל עס איז ערליבט דורך די געזעץ, חוץ אויב איינע פון די קעסטלעך איז אנגעצייכנט אונטן. אויב מער פון איין ערוואקסענער איז 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, דיאָגנאָסיס און פראצעדורן אנשטאט זיי.

_____ גיבט נישט ארויס קיין HIV/AIDS אינפארמאציע
 _____ גיבט נישט ארויס קיין גייסטישע געזונטהייט אינפארמאציע

_____ גיבט נישט ארויס קיין דראָג און אלקאהאל אינפארמאציע

ארויסגעבן אינפארמאציע צו די העלט סערוויס פראוויידערס – איך גיבט ערלויבעניש פאר די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט און פאר די ניו יארק סטעיט רעגירונג צו מיטטיילן אינפארמאציע מיט העלט סערוויס פראוויידערס וועלכע זענען אויפגענומען געווארן דורך די סאָושעל 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 צוועק פון פארבעסערן די קוואליטעט פון מיין העלט קעיר און אלגעמיינע וואוילזיין, 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 פריימער 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 טייל 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.

פארגוטיונג פון מעדיצינישע אויסגאבן אונטער מעדיקעיד – איך פארשטיי אז איך האב א רעכט אלס טייל פון מיין מעדיקעיד ריסערטיפיקאציע, אדער אין די צוויי יאר פון די דאטום פון מיין אפליקאציע, צו פארלאנגען פארגוטיונג פון אויסגאבן וואס איך האב באצאלט פאר געדעקטע מעדיצינישע קעיר, סערוויסעס, און געצייגן באקומען דורכאויס די דריי-מאנאט צייט אפשניט איידער די מאנאט פון מיין אפליקאציע. איך פארשטיי אז נאך די דאטום פון מיין אפליקאציע, וועלן פארגוטיונגען פון געדעקטע מעדיצינישע קעיר, סערוויסעס, און סופלייס זיין צו באקומען נאר אויב זיי זענען געגעבן געווארן דורך פראוויידערס וואס זענען איינגעשריבן אין מעדיקעיד.

באשטימונג פון אינשורענס/אנדערע בענעפיטס און דירעקטע באצאלונג – פאר פובליק הילף און מעדיקעיד, בין איך מסכים צו אריינגעבן סיי וועלכע קלאגעס פאר געזונטהייט אדער עקסידענט אינשורענס בענעפיטס, און צו פרובירן צו באקומען סיי וועלכע פערזענליכע וואונדן קלאגעס אדער סיי וועלכע אנדערע געלטער צו וועלכע איך קען מעגליך זיין בארעכטיגט, און איך טו דערמיט צוטיילן סיי וועלכע אזעלכע געלטער צו די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט צו וועלכע די ריסערטיפיקאציע איז אויסגעשריבן. אין צוגאב, וועל איך ארויסהעלפן מיטן מאכן סיי וועלכע צוגעטיילטע בענעפיטס אוועילעבעל צו די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט צו וועלכע די ריסערטיפיקאציע 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 פרימימוס וואס זענען באצאלט געווארן נישט ריכטיג.

איך פארשטיי אז פון אָפּריל 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) מעדיצינע סערוויסעס באקומען אויף מיין 55 סטע 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 סעקיוירטי אינקאָם למפרע – איך ערלויב פאר דעם קאמישאנער פון די סאָושעל סעקיוירטי אדמיניסטראציע (Social Security Administration, SSA) צו נוצן מיין ערשטע באצאלונג פון סאָפּלעמענטעל סעקיוירטי אינקאָם (SSI) (דאס הייסט, די SSI באצאלונג וואס ווערט געמאכט למפרע), צו פארגוטן 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 SSA. SSI וועט נישט צוריקצאלן די SSD פאר PA וואס איז געצאלט געווארן נוצנדיג פּעדעראלע געלטער.

איך וועל זיין געבונדן דורך די אויטאריזאציע נאר אויב די סטעיט לאזט וויסן פאר די SSA אז איך און 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 רעטראָאָקטיווע 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 אָפּליי 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 (טערימינעשען אדער סאָפּענעשען).

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" (אינטערס אָסיסטענס). 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 בענפיטס הויבן זיך צוריק אן נאכדעם וואס מיין SSI איז געווארן אפגעשטעלט (סאָספענדעד אדער טערמינעטעד). די תקופה רעכנט אריין די חודש וואס די SSI באצאלונגען הויבן זיך למעשה אן. אויב די SSD קען נישט אפשטעלן מיין 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 מיין 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 איינשטומיג 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 סאָושעל סערוויסעס פראגראמען." איך פארשטיי וואס עס שטייט דארטן וועגן צייטווייליגע הילף.

סופארט – אָפּילען 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 סאָושעל 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 (סאָושעל סערוויסעס געזעץ, טיילן 158 און 348). די דאזיגע צוטיילונג איז באגרעניצט אין געוויסע אומשטענדן. אנדערע טיילן פון די ריסערטיפיקאציע ענטהאלטן 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 קאָפּיערן 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 קאָפּיערן נישט מיט די טשיילד סופארט אינפארסירונג איינהייט.

איך טייל צו די סטעיט און סאָושעל 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 אָפּילט פאר אדער באקומט פאמיליע הילף אדער סעיפטי נעט הילף, איז מיין 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 געב אויך ערלויבעניש אז די אינפארמאציע וואס ווערט צוגעשטעלט אין די ריסערטיפיקאציע זאל ווערן גענוצט אין רעפערעלס צו אוועילעבל וועטער-אינסולירונג הילף פראגראמען און מיין וויטיליטי פירמע'ס נידריגע איינקופט פראגראמען.

איך פארשטיי אז די סטעיט וועט נוצן מיין סאָושעל סעקויריטי 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 הָאָם ענערגיע פירמעס (אריינרעכענענדיג מיין וויטיליטי) 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 סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט און די פאראייניגטע שטאטן דעפארטמענט פון געזונטהייט און מענטשן סערוויסעס פאר די צוועקן פון מעסטן ווי די נידריגע איינקופט הָאָם ענערגיע פראגראם פירט זיך אויף.

סעקסועל אנגרייף אינפארמאציע – אויב איר זענט א קורבן פון א סעקסועל אנגרייף, האט איר די רעכט צו פארלאנגן אינפארמאציע פאר ווייטערדיגע הילף פון די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט. אויב איר פארלאנגט אינפארמאציע פאר ווייטערדיגע הילף, מוז די סאָושעל 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, קאָונסעלינג און האַטליין סערוויסעס פאסיג פאר קורבנות פון סעקסועל איבערפאלן. אין צוגאב, מוז די סאָושעל סערוויסעס דיסטריקט אייך צושטעלן די מיט די נומערן פון NYS האַטליין פאר סעקסועל איבערפאל און משפחה אָביז (דאמעסטיק וויאַלענס): (800) 942-6906 און (800) 818-0656 (TTY).

סערוטיפיקאציע פאר טשיילד קעיר הילף – אויב איך געב זיך איין פאר טשיילד קעיר הילף, באשטעטיגן איך אז מיין פאמיליע'ס מיטלען זענען נישט מער פון \$1,000,000.



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 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ই-ইলেক্ট্রনিক পথে চান তবে ১-৮০০-৩৬৭-৮৬৮৩ 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

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO 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? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.	For Board Use Only
3	Last Name _____ First Name _____		Middle Initial _____ Suffix _____	
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____		City/Town/Village _____ Zip Code _____	County _____
5	Address where you get your mail (if different than above) _____		Post Office _____	Zip Code _____
6	Date of Birth _____	Gender (optional) 7 _____	Telephone (optional) 8 _____	Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) _____		
11	Political Party I wish to enroll in a political party <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 _____			
12	I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party			
	ID Number (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		Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • 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. 	
	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	
Eye Color _____	Height _____ Ft. _____ In.	
Email _____	DMV or ID NYC Number _____	

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.

Important!

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

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

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.