

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

**ПРОГРАММА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SNAP) – ФОРМА
СООБЩЕНИЯ ОБ ИЗМЕНЕНИИ***(просьба писать разборчиво и только печатными буквами)*

НОМЕР ДЕЛА

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

ДАТА: _____

ЗАПОЛНИТЕ ЭТОТ БЛАНК И ОТПРАВЬТЕ ПО АДРЕСУ:

НАИМЕНОВАНИЕ, АДРЕС И ТЕЛЕФОН МЕСТНОГО ОТДЕЛА:

КОМУ:

АДРЕС:

_____**ВАША ОБЯЗАННОСТЬ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ**

Просим внимательно прочесть приведенные вопросы и правила. Если вы не сообщите о каких-либо изменениях, сообщать о которых вас обязывают эти правила, мы можем подать иск в случае переплаты пособий SNAP и взыскать с Вас выплаченную сверх положенного сумму.

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

ОТНОСИТЕСЬ ЛИ ВЫ К КАТЕГОРИИ УПРОЩЕННОЙ ОТЧЕТНОСТИ ("SIMPLIFIED REPORTER" (РАЗ В 6 МЕСЯЦЕВ) ИЛИ К КАТЕГОРИИ ОБЯЗАННЫХ СООБЩАТЬ О ТЕКУЩИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ("CHANGE REPORTER")? ЧТОБЫ ВЫЯСНИТЬ, К КАКОЙ ИЗ ЭТИХ КАТЕГОРИЙ ВЫ ОТНОСИТЕСЬ, ОТВЕТЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

1. Получаете ли вы SNAP в порядке временных/переходных льгот (ТВА)?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу "ТВА" на с. 3 (пропустите вопросы 2–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №2 (см. ниже).
2. Получаете ли вы льготы в рамках Программы штата Нью-Йорк по улучшению питания (NYSNIP) или Программы объединенных заявок (NYSCAP)? Получаете ли вы льготы в рамках Программы упрощенной подачи заявок для пожилого населения (ESAP)?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу "NYSNIP/NYSCAP" на с. 3 (пропустите вопросы 3–8). <input type="checkbox"/> ДА – перейдите к разделу "ESAP" на с. 3 (пропустите вопросы 3–8)	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №3 (см. ниже).
3. Оформляетесь ли вы каждый раз на получение SNAP на срок не более трех месяцев?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу "Правила отчетности об изменениях" на с. 2 (пропустите вопросы 4–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №4 (см. ниже).
4. Получаете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц трудовой доход (заработок), учитываемый в сумме выдаваемого вам пособия SNAP?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу "Упрощенные правила отчетности" на с. 2 (пропустите вопросы 5–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №5 (см. ниже).
5. Являются ли все взрослые (18 лет и старше), включая вас и проживающих с Вами лиц, пожизненно нетрудоспособными или престарелыми в возрасте 60 лет и старше?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу "Правила отчетности об изменениях" на с. 2 (пропустите вопросы 6–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №6 (см. ниже).
6. Вы и проживающие с вами лица не имеете никакого дохода (включая Временное пособие).	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу "Правила отчетности об изменениях" на с. 2 (пропустите вопросы 7 и 8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №7 (см. ниже).
7. Являетесь ли вы лицом без определенного места жительства (без крыши над головой) или сезонным с.-х. рабочим-мигрантом?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу "Правила отчетности об изменениях" на с. 2 (пропустите вопрос 8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №8 (см. ниже).
8. Вы ответили "НЕТ" на все 7 приведенных выше вопросов.	<input type="checkbox"/> перейдите к разделу "Упрощенные правила отчетности" в начале с. 2.	

УПРОЩЕННЫЕ ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ: ПОСКОЛЬКУ НА ВАС И ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ "УПРОЩЕННЫЕ ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ", ВЫ ОБЯЗАНЫ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ТОЛЬКО ВО ВРЕМЯ ВАШЕГО ОЧЕРЕДНОГО ПЕРЕОФОРМЛЕНИЯ — ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ ТРЕХ СЛУЧАЕВ:

1. Если сумма вашего и проживающих с вами лиц совокупного месячного дохода превышает 130% уровня бедности, вы **ОБЯЗАНЫ** сообщить размер этой месячной суммы в местный отдел социальных служб по телефону, в письменном виде или лично в течение 10 календарных дней по истечении каждого календарного месяца. Совокупный месячный доход — это сумма дохода до вычета налогов и прочих удержаний, а не сумма, которую вы получаете при обналечивании своего чека. Мы обязаны пользоваться цифрой совокупного месячного дохода при определении вашего права на получение SNAP. Ваш ведущий разъяснит вам, что означает «130% уровня бедности» для семьи такого состава как ваша. При определении возможного превышения вами этого 130%-ного уровня в совокупную сумму вашего дохода включаются все иные виды поступлений, получаемых вами помимо заработков. Примеры других источников учитываемого дохода: получаемые вами пособия на детей, средства рамках страхования по безработице (Unemployment Insurance Benefits), выплаты по программе временной помощи (Temporary Assistance, TA), компенсации работникам, выплаты по системе социального страхования, дополнительные выплаты по социальному обеспечению (Supplemental Security Income, SSI) и выплаты в рамках частной страховки по потере трудоспособности.

Если вы не сообщите нам о превышении суммой валового дохода семьи лимита 130 % от уровня бедности за любой календарный месяц, все льготы и выплаты, полученные после этого месяца, могут считаться переплатой. Это правило действует даже если в следующем месяце ваш совокупный доход стал ниже 130% уровня бедности.

2. Если период оформления ваших документов и документов, проживающих с вами лиц превышает 6 месяцев: При наступлении шестимесячного срока оформления вы получите бланк периодической отчетности, который вы **ОБЯЗАНЫ** вернуть в течение десяти дней после его получения. Если в вашем положении и в положении проживающих с вами лиц произошли какие-либо из перечисленных ниже изменений, вы **ОБЯЗАНЫ** сообщить о них в бланке отчетности, присылаемом вам по истечении шестимесячного срока.

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

- Любое изменение источников дохода (ваших и проживающих с вами лиц);
 - Изменение совокупной суммы заработков (ваших и проживающих с вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 125 долл. в месяц;
 - Изменение совокупной суммы денежных поступлений (ваших и проживающих с вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 125 долл. в месяц и эти средства поступают из общественных фондов, таких как льготы Социального обеспечения, фонды Пособий по безработице (UIB) и т.п.;
 - Изменение совокупной суммы денежных поступлений (ваших и проживающих с вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 125 долл. в месяц и эти средства поступают из частных фондов, таких как выплаты на содержание детей, выплаты по нетрудоспособности из частных страховых фондов и т.п.;
 - Изменение, по решению суда, сумм, выплачиваемых вами на содержание детей в пользу живущего отдельно от вас ребенка;
 - Изменение состава проживающих с вами лиц;
 - В случае переезда — ваш новый адрес, новые размеры арендной платы или взноса по ипотечной ссуде, платы за отопление/кондиционирование воздуха и коммунальные услуги;
 - Новый или другой автомобиль либо иное транспортное средство;
 - Увеличение сумм имеющихся у вас и проживающих с вами лиц наличности, акций, облигаций, наличности на счетах в банках и сберегательных учреждениях в тех случаях, когда общая сумма наличности и сбережений у вас и проживающих с вами лиц достигнет или превысит 2,750 долл. 4,250 долл., если кто-либо из вас является нетрудоспособным или достиг возраста 60 лет);
 - любые изменения в положении вашей семьи, если эти изменения могут повлечь за собой санкции, указанные на стр. 6.
3. Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев ("ABAWD"), он или она **ОБЯЗАНЫ** в течение 10 дней по окончании месяца сообщить в отдел, если количество отработанных часов будет меньше 80 за месяц. Сотрудники отдела предложат и предоставят лицу ABAWD возможность трудовой деятельности, удовлетворяющей федеральным требованиям для ABAWD. Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев ("ABAWD"), он/она также должны сообщить, если семья переезжает в зону, где действует отмена федеральных требований, касающихся трудовой деятельности для ABAWD, или если таковое лицо считает, что он/она должны быть освобождены от выполнения требований.

ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ:

Поскольку вы и проживающие с вами лица получаете пособие SNAP, вы **ДОЛЖНЫ** сообщить о любом из указанных ниже изменении в течение 10 дней после окончания месяца, в котором имели место соответствующие изменения:

- Любое изменение источников дохода (ваших и проживающих с вами лиц);
- Изменение совокупной суммы заработков (ваших и проживающих с вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 125 долл. в месяц;
- Изменение совокупной суммы денежных поступлений (ваших и проживающих с вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 125 долл. в месяц и эти средства поступают из общественных фондов, таких как льготы Социального обеспечения, фонды Пособий по безработице (UIB) и т.п.;
- Изменение совокупной суммы денежных поступлений (ваших и проживающих с вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 125 долл. в месяц и эти средства поступают из частных фондов, таких как выплаты на содержание детей, выплаты по нетрудоспособности из частных страховых фондов и т.п.;
- Изменение, по решению суда, сумм, выплачиваемых вами на содержание детей в пользу живущего отдельно от вас ребенка;
- Изменение состава проживающих с вами лиц;
- В случае переезда — ваш новый адрес, новые размеры арендной платы или взноса по ипотечной ссуде, платы за отопление/кондиционирование воздуха и коммунальные услуги;
- Новый или другой автомобиль либо иное транспортное средство;
- Увеличение вашей и проживающих с вами лиц наличности, акций, облигаций, наличности на счетах в банках и сберегательных учреждениях в тех случаях, когда общая сумма наличности и сбережений достигнет или превысит 2,750 долл. в случае семьи, где нет пожилого или нетрудоспособного лица (4,250 долл., если один из членов семьи является лицом пожилого возраста или лицом, страдающим полной и постоянной потерей нетрудоспособности);
- Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев ("ABAWD"), он или она **ОБЯЗАНЫ** в течение 10 дней по окончании месяца сообщить в отдел, если количество отработанных часов будет меньше 80 за месяц. Сотрудники отдела предложат и предоставят лицу ABAWD возможность трудовой деятельности, удовлетворяющей федеральным требованиям для ABAWD. Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев ("ABAWD"), он/она также должны сообщить, если семья переезжает в зону, где действует отмена федеральных требований, касающихся трудовой деятельности для ABAWD, или если таковое лицо считает, что он/она должны быть освобождены от выполнения требований.
- Любые изменения в положении вашей семьи, если эти изменения могут повлечь за собой санкции, указанные на стр. 6.

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

- Льготы по программе продовольственной помощи могут предоставляться в течение пяти месяцев после закрытия вашего досье в рамках программы временной помощи (Temporary Assistance).
- В течение переходного периода предоставление вами информации об изменениях не требуется. В случае изменений, которые могут обусловить увеличение размера льгот, вы можете связаться с курирующим вас работником компетентной организации и в любой момент в течение переходного периода подать досрочное заявление о повторной сертификации (подтверждении участия), чтобы увеличить размер льгот. Увеличение размера льгот возможно только после подачи подписанного заявления о повторной сертификации (подтверждении участия) и прохождения всего процесса повторной сертификации (подтверждении участия).
- Вам необходимо пройти повторную сертификацию (подтверждение участия) незадолго до окончания переходного периода, чтобы определить, сможете ли вы получать продовольственные льготы (SNAP) по окончании переходного периода. Мы направим вам уведомление с напоминанием о необходимости повторной сертификации (подтверждении участия). Если вы не пройдете повторную сертификацию (подтверждение участия), мы закроем ваше досье в рамках программы продовольственной помощи без дополнительных уведомлений.

ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ для участников программы NYSNIP/NYSCAP

- Примерно в середине процесса оформления для участия в Программе штата Нью-Йорк по улучшению питания (NYSNIP) или Программу объединенных заявок (NYSCAP), вы получите форму «Временного контакта», которую вам необходимо заполнить и вернуть отправителю.
- Кроме формы «Временного контакта» вам не требуется сообщать об изменениях в течение сертификационного периода не требуется. Вы можете по собственной инициативе сообщать об увеличении медицинских расходов, расходов на проживание, стоимости отопления/кондиционирования воздуха и стоимости коммунальных услуг, а также о сокращении объема ваших доходов. Если вы сообщите о таких изменениях и представите подтверждающие документы, может оказаться, что у вас есть право на большее количество льгот по программе SNAP. Вы можете сообщить также свой новый адрес при переезде, чтобы к вам продолжали приходить рассылаемые нами извещения и уведомления.

ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ для участников программы ESAP

- Семьи, в которых есть участники программы ESAP, предоставляют отчетность в упрощенном виде, однако они ОБЯЗАНЫ сообщать о следующих изменениях также в течение 10 дней после окончания месяца, в котором произошло изменение:
 - Изменения в составе вашей семьи
 - Если кто-либо в семье начал получать заработанный доход
 - Если кто-либо в семье выиграл значительную сумму в лотерею или игры в казино, в размере \$4250 или более наличными в одной игре до вычета налогов или других издержек.
- Через 18 месяцев после вашего начала участия в программе ESAP, вы получите контактное письмо. Вы НЕ ОБЯЗАНЫ отправлять обратно это письмо, но можете это сделать по желанию, а также документально подтвердить указанные изменения до того, как получить повышение льгот SNAP.

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

Когда пользоваться этим бланком

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

Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев ("ABAWD"), он или она ОБЯЗАНЫ в течение 10 дней по окончании месяца сообщить в отдел, если количество отработанных часов будет меньше 80 за месяц. Сотрудники отдела предложат и предоставят лицу ABAWD возможность трудовой деятельности, удовлетворяющей федеральным требованиям для ABAWD. Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев ("ABAWD"), он/она также должны сообщить, если семья переезжает в зону, где действует отмена федеральных требований, касающихся трудовой деятельности для ABAWD, или если таковое лицо считает, что он/она должны быть освобождены от выполнения требований.

Этот бланк следует отправить по почте, по факсу или принести лично в указанное выше учреждение. Если по какой-либо причине вы не в состоянии этого сделать, вы также можете сообщить нам об изменениях по интернету на странице myBenefits.ny.gov, или по телефону, указанному на стр.1.

ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ SNAP - Если вы больше не хотите получать пособие SNAP, вы можете отказаться от участия в программе их получения, поставив ниже свою подпись. Выплаты пособия SNAP прекратятся. Если же вы считаете, что вам была представлена неверная или неполная информация о ваших правах на получение пособия SNAP, вы имеете право оспорить свой отказ и потребовать назначения Беспристрастного слушания (Fair Hearing) в течение 90 дней. Вы имеете право вновь подать заявление на получение пособия SNAP в любой момент после отказа от участия в программе.

X _____

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

Приведите сведения об изменениях в приведенных ниже графах

ИЗМЕНЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ ИЛИ ИСТОЧНИКА ДОХОДА. Если вы отчитываетесь в соответствии с упрощенными правилами (Simplified Reporter), эти правила приведены начиная со стр. 2. Если вы отчитываетесь в соответствии с правилами сообщения об изменениях (Change Reporter), эти правила приведены на стр. 2.							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ ДОХОДА	РАБОТОДАТЕЛЬ ИЛИ ИСТОЧНИК ДОХОДА	НОВАЯ СУММА	ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ, ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПОСТУПЛЕНИЯ			
1.		\$					
2.		\$					
3.		\$					
ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ. Укажите ниже всех новых проживающих совместно с вами лиц, в том числе новорожденных. Укажите также всех, кто въехал, выехал или скончался.							
NAME	ДАТА РОЖДЕНИЯ	РОДСТВО	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТИТЬ ОДНО)	ДАТА	КАК ЧАСТО ПОЛУЧАЕТЕ (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)	ОБЩЕЕ КОЛ-ВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ, ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ	ИСТОЧНИК ДОХОДА
1.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$		
2.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$		
3.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$		
4.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$		
ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА							
НОВЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		ГОРОД		ШТАТ		ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
ЕСЛИ У ВАС НЕТ ТОЧНОГО АДРЕСА, НАПИШИТЕ, КАК НАЙТИ ВАШ ДОМ (если вы бездомный, оставьте графу пустой)						№ ТЕЛЕФОНА, ПО КОТОРОМУ ВАС МОЖНО ЗАСТАТЬ () КОД РАЙОНА	
ИЗМЕНЕНИЯ СТОИМОСТИ ЖИЛЬЯ - Если вы переехали, вы обязаны указать ниже расходы на новое жилье. Но даже если вы живете на прежнем месте, вы можете воспользоваться этим разделом анкеты, чтобы сообщить об изменениях в размере арендной платы, платежей по ипотечной ссуде или прочих расходов.							
Снимаете ли вы угол или комнату с пансионом? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				Если ДА, питание <input type="checkbox"/> ВКЛЮЧЕНО <input type="checkbox"/> НЕ ВКЛЮЧЕНО В ПЛАТУ			
АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА ЖИЛЬЕ		ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ В МЕСЯЦ	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТИТЬ ОДНО)		
Платите ли вы арендную плату за жилье?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> То же <input type="checkbox"/> Больше <input type="checkbox"/> Меньше		
Оплачиваете ли вы приведенные ниже расходы отдельно от арендной платы за жилье?		ДА	НЕТ				
• Отопление и (или) кондиционирование воздуха		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Коммунальные услуги (электричество, газ, вывоз мусор и т.п.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ПЛАТЕЖИ ПО ИПОТЕЧНОЙ ССУДЕ		ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ В МЕСЯЦ	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТИТЬ ОДНО)		
Выплачиваете ли вы ипотечную ссуду?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> То же <input type="checkbox"/> Больше <input type="checkbox"/> Меньше		
Оплачиваете ли вы приведенные ниже расходы отдельно от ипотечной ссуды?		ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ В МЕСЯЦ	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТИТЬ ОДНО)		
• Налоги на недвижимость		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> То же <input type="checkbox"/> Больше <input type="checkbox"/> Меньше		
• Страхование дома		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> То же <input type="checkbox"/> Больше <input type="checkbox"/> Меньше		
• Отопление и (или) кондиционирование воздуха		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Коммунальные услуги (электричество, газ, вывоз мусор и т.п.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Живете ли вы в квартире по «8-й Программе» («Section 8») или в ином субсидируемом жилье? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				Живете ли вы в государственной квартире? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
ИЗМЕНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АВТОМОБИЛЕЙ ИЛИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ. Со времени, когда вы в последний раз сообщали нам о своих транспортных средствах, приобрели (продали, обменяли) ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц автомобиль, грузовик, лодку, автофургон, мотоцикл или иное транспортное средство?							
МАРКА	МОДЕЛЬ			ГОД	ЕСЛИ ПРОДАНО, ЗА СКОЛЬКО		
1.					\$		
2.					\$		
3.					\$		

ИЗМЕНЕНИЕ СУММЫ СБЕРЕЖЕНИЙ. Укажите общую денежную сумму, которая есть в настоящее время у вас и у всех проживающих с вами лиц, в том числе сумму наличности, средств на сберегательных и чековых счетах, акций, облигаций и прочих инвестиций. Вы обязаны сообщить нам об увеличении общей суммы сбережений до суммы в 2 750 долл. или больше (4,200 долл., если вы или кто-то из проживающих с вами лиц достиг возраста 60 лет либо официально признан нетрудоспособным).	\$
--	----

ИЗМЕНЕНИЯ В РАСХОДАХ НА УХОД ЗА РЕБЕНКОМ, ИЖДИВЦЕМ ИЛИ СУММЫ, ВЫПЛАЧИВАЕМОЙ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА. Изменились ли ваши расходы на уход за ребенком или иждивенцем? Если это так, может оказаться, что вы имеете право на большее количество пособия по программе SNAP.

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

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

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

Если вы сообщите об увеличении медицинских расходов и представите подтверждающие документы, может оказаться, что у вас есть право на большее количество льгот по программе SNAP.

NAME	ВИД РАСХОДОВ	СУММА	КАК ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ ВНОСИТЬ ПЛАТЕЖИ?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	


ПРЕДПОЛАГАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО ИЗМЕНЕНИЯ, О КОТОРЫХ ВЫ СООБЩИЛИ, СОХРАНЯТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ МЕСЯЦЕ?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
--	--

Если **НЕТ**, то поясните:

ПОМЕТЬТЕ ЭТУ КЛЕТКУ, ЕСЛИ ВАМ НЕЧЕГО СООБЩИТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ, КАСАЮЩИХСЯ ВАС И ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ	<input type="checkbox"/> ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ
---	--

ИЗМЕНЕНИЕ ЛЬГОТ

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

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПРОЧЕСТЬ И ПОДПИСАТЬ СТР. 6 

ПРОГРАММА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SNAP). ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О САНКЦИЯХ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ПОСОБИЯ SNAP. Любая предоставляемая вами информация в связи с вашим заявлением на получение пособия по программе SNAP подлежит проверке компетентными официальными лицами на федеральном уровне, на уровне штата и на местном уровне. Если какая-либо информация является недостоверной, вам может быть отказано в получении пособия SNAP. Вы можете понести уголовную ответственность за предоставление заведомо неправдивой информации, которая повлияет на размер получаемого вами пособия. Любое лицо, нарушающее условия условно-досрочного освобождения или освобождения на поруки, пытающееся скрыться от преследования, задержания или взятия под стражу за совершение уголовного преступления, не имеет права на получение льгот по программе SNAP.

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

- 12 месяцев за первое нарушение SNAP-IPV;
- 24 месяца за второе нарушение SNAP-IPV;
- 24 месяца за первое нарушение SNAP-IPV в случае установления судом использования пособия SNAP виновным при покупке или продаже вещей строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача);
- 120 месяцев в случае установления вины в представлении ложных сведений о себе, о своем месте жительства с целью многократного получения пособия SNAP, кроме случаев пожизненной дисквалификации по причине третьего IPV;

Кроме того, решением суда нарушитель может быть в отдельных случаях лишен участия в программе SNAP на дополнительный 18-месячный срок.

Пожизненная дисквалификация виновного наступает в следующих случаях:

- Первое нарушение SNAP-IPV в случае установления судом использования пособия SNAP виновным при продаже оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.
- Первое нарушение SNAP-IPV в случае установления судом незаконного оборота пособия SNAP на общую сумму 500 или более долларов США. (Под незаконным оборотом подразумевается незаконное использование, передача, приобретение продуктовых карточек, карт, подтверждающих полномочия участника программы, или средств доступа, а также внесение изменений или владение таковыми).
- 24 месяца за первое нарушение SNAP-IPV в случае установления судом использования пособия SNAP виновным при покупке или продаже вещей строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача).
- В случае третьего, намеренного нарушения правил программы SNAP.

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

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

- Предоставите неправдивые или вводящие в заблуждение сведения или исказите, скроете или не сообщите те или иные данные с целью получения пособий по программе или увеличения количества выплачиваемых вам льгот; или
- Покупаете товары за пособие SNAP для получения наличных путем намеренного выбрасывания товара и возврата контейнера за сумму депозита; или
- Совершаете или попытаетесь совершить любые действия, представляющие собой нарушение федеральных законов или законов штата с целью использования, предоставления, передачи, получения, владения или незаконной перепродажи продовольственной помощи, карт, подтверждающих полномочия участника программы, или документов многократного применения, использующихся в рамках электронной системы передачи льгот (Electronic Benefit Transfer, EBT).

Кроме того, запрещается нижеперечисленное, и вам могут прекратить выдачу пособия SNAP и/либо применить к вам иные санкции в случаях, если вы:

- Используете и имеете при себе карты EBT, не принадлежащие вам, без разрешения на то владельца; или
- Используете пособие SNAP для приобретения непродовольственных товаров, таких как алкоголь или сигареты, либо оплачиваете продукты питания, ранее приобретенные в кредит; или
- Позволяете какому-либо лицу использовать вашу карточку EBT в обмен на наличные, оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества либо наркотики, либо будете использовать пособие для оплаты продуктов питания для лиц, не проживающих вместе с лицами, имеющими право на пособие SNAP.

Если вы получили больше льгот по программе SNAP, чем должны были получить (переплата), вы должны будете вернуть эти льготы. Если ваше дело активно, мы вычтем сумму переплаты из будущих льгот по программе SNAP, которые вы получите. Если ваше дело закрыто, вы можете вернуть переплату при помощи любых неиспользованных льгот по программе SNAP, оставшихся на вашем счету, или вы можете заплатить наличными.

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

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

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ

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

ПОДПИСЬ

ДАТА

X