



## **ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ПРИНЯТЫХ В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК ФОРМ ЗАЯВЛЕНИЯ НА:**

- **ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПОСОБИЯ**
- **ПОМОЩЬ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ  
(ВМЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПОСОБИЯ)**
- **ПРОГРАММУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
ПИТАНИЯ**
- **MEDICAID И ПРОГРАММУ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ**
- **MEDICAID И ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПОСОБИЯ**
- **УСЛУГИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПАТРОНАТНОЕ  
ВОСПИТАНИЕ**
- **ПОМОЩЬ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ**
- **ЭКСТРЕННУЮ ПОМОЩЬ (ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО)**

Для незрячих и слабовидящих: если вам требуется заявление или эти инструкции в альтернативном формате, вы можете запросить их в районном отделении службы социальной защиты населения (далее — «районное отделение»). Доступны следующие альтернативные форматы:

- крупный шрифт;
- формы предоставления данных (электронный файл, доступный для чтения с экрана);
- аудиоформат (аудиозапись инструкций или вопросов в заявлении);
- шрифт Брайля, если вы укажете, что он лучше подходит для вас, чем другие альтернативные форматы.

Формы заявления и инструкции, оформленные крупным шрифтом и представленные в электронном или аудиоформате, доступны для скачивания по адресу [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) или [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov). Обратите внимание, что заявления в аудиоформате и с печатью шрифтом Брайля предлагаются исключительно в информационных целях. Заявление принимается только в письменном виде без использования альтернативных форматов.

Если вы вследствие ваших ограничений не можете заполнить это заявление и/или дождаться собеседования, сообщите об этом в свое районное отделение. Районное отделение примет все необходимые целесообразные меры для того, чтобы предоставить разумные приспособления и удовлетворить ваши потребности.

Если вам требуются другие разумные приспособления или другая помощь в заполнении этого заявления, обратитесь в свое районное отделение. Мы стремимся оказывать вам профессиональную и уважительную помощь и поддержку.

# РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ

Термин «Государственное пособие» (Public Assistance, PA), используемый в настоящей форме, обозначает «Семейную помощь» (Family Assistance) и «Социальную помощь» (Safety Net Assistance). В отношении обеих программ используется один термин — «Государственное пособие». PA и другие программы, на участие в которых вы можете подать заявку с помощью данной формы заявления, призваны обеспечить временную помощь всем, кто в ней нуждается. Сроки получения помощи по некоторым программам ограничены, поэтому важно, чтобы вы как можно скорее достигли финансовой независимости. В этом вам готово помочь районное отделение. Для этого нам необходимо знать, кто вы и в чем вы нуждаетесь. Вот почему вам необходимо заполнить форму заявления.

В рамках процесса подачи заявления районное отделение попросит вас предоставить и подтвердить информацию о себе и других лицах, в отношении которых вы подаете заявление. В списке требований к документации, который приведен в конце данных инструкций, указана информация, которую вам необходимо сообщить, а также документы, необходимые для подтверждения ее достоверности. Например, чтобы подтвердить свою личность, вы можете предоставить удостоверение личности с фотографией, водительские права, паспорт США, свидетельство о натурализации, медицинские документы из больницы или от врача или документы об усыновлении/удочерении. Кроме того, районное отделение проведет с вами собеседование в процессе рассмотрения заявления. По возможности собеседования для нескольких программ будут совмещены.

Заявление и данные инструкции пронумерованы по разделам для удобства заполнения. При заполнении заявки примите во внимание следующее.

- **ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО, ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ.**
- **НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ГРАФЫ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ.**
- **ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ПОЛЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ЛИЦУ (-АМ), ОТ ИМЕНИ КОТОРОГО (-ЫХ) ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ**
- **ВСЕГДА УКАЗЫВАЙТЕ ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИМЕНА, ЕСЛИ НЕ УКАЗАНО ИНОЕ.**
- **ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДРУГОГО ЛИЦА, УКАЗЫВАЙТЕ ИНФОРМАЦИЮ ОБ ЭТОМ ЛИЦЕ, А НЕ О СЕБЕ. УБЕДИТЕСЬ, ЧТО ВЫ И ЛИЦО, КОТОРОЕ ВЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТЕ, ПОСТАВИЛИ ПОДПИСЬ НА ПОСЛЕДНЕЙ СТРАНИЦЕ ЗАЯВЛЕНИЯ.**
- **ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗНАЕТЕ, КАК ЗАПОЛНИТЬ ЛЮБОЙ РАЗДЕЛ ДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ, ОБРАТИТЕСЬ ЗА ПОМОЩЬЮ В РАЙОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.**

Убедитесь в том, что, помимо формы LDSS-2921 «Заявление на получение помощи и услуг в штате Нью-Йорк» (New York State Application for Certain Benefits and Services), у вас есть копии следующих информационных изданий, которые можно получить в районном отделении или скачать по адресу [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov):

- **LDSS-4148A: «Книга 1. Что нужно знать о своих правах и обязанностях» (Book 1: What You Should Know About Your Rights and Responsibilities)**
- **LDSS-4148B: «Книга 2. Что нужно знать о программах социального обслуживания» (Book 2: What You Should Know About Social Services Programs).**
- **Приложение к Книге 1, LDSS-4148A, и Книге 2, LDSS-4148B: «Важные изменения в программе Medicaid» (Important Changes in the Medicaid Program).**
- **LDSS-4148C: «Книга 3. Информация на случай чрезвычайной ситуации» (Book 3: What You Should Know if You Have an Emergency).**

# ТИТУЛЬНАЯ СТРАНИЦА ЗАЯВЛЕНИЯ

Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение, вы можете выбрать альтернативный формат для получения уведомлений в отношении программ, на участие в которых вы претендуете/в которых вы регистрируетесь. Доступны следующие альтернативные форматы: крупный шрифт, компакт-диск с данными, звуковой компакт-диск и печать шрифтом Брайля, если вы укажете, что он лучше подходит для вас, чем другие альтернативные форматы.

**ЕСЛИ У ВАС ОТСУТСТВУЕТ ИЛИ СЕРЬЕЗНО НАРУШЕНО ЗРЕНИЕ, ХОТЕЛИ БЫ ВЫ ПОЛУЧАТЬ РАССЫЛКИ И УВЕДОМЛЕНИЯ В АЛЬТЕРНАТИВНОМ ФОРМАТЕ?** Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение, поставьте отметку (✓) рядом со словом «Да» или «Нет», чтобы заявить о своем желании/нежелании получать рассылки и уведомления в отношении программ в альтернативном формате.

**ЕСЛИ ВЫ ОТМЕТИЛИ «ДА», ВЫБЕРИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ФОРМАТ.** Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение и вы хотите выбрать альтернативный формат для получения уведомлений в отношении программ, на участие в которых вы претендуете/в которых вы регистрируетесь, поставьте отметку (✓) рядом с предпочитаемым вами форматом: крупный шрифт, компакт-диск с данными, аудиодиск или шрифт Брайля. Шрифт Брайля доступен в качестве альтернативного формата в том случае, если вы укажете, что ни один из других альтернативных форматов не будет столь же эффективен для вас.

Если вам требуются другие разумные приспособления или другая помощь в заполнении этого заявления, обратитесь в свое районное отделение.

## СТРАНИЦА 1 ЗАЯВЛЕНИЯ

### **РАЗДЕЛ 1. ОТМЕТЬТЕ КАЖДУЮ ПРОГРАММУ, НА УЧАСТИЕ В КОТОРОЙ ПРЕТЕНДУЕТЕ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЙ ЧЛЕН ВАШЕЙ СЕМЬИ**

Поставьте отметку (✓) рядом с каждой программой, на участие в которой претендуете вы или любой член вашей семьи.

Medicaid включает Medicaid Program, программу для работающего населения с наличием инвалидности Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, а также страховые программы планирования семьи Family Planning Benefit. Аббревиатура «МА», присутствующая на заявлении, обозначает программу Medicaid, которая ранее имела название Medical Assistance («Медицинская помощь»). Вы можете подать заявление на участие в программе МА, заполнив настоящую форму, только в том случае, если вы также подаете заявление на участие в программе «Государственное пособие» (РА) или в Программе дополнительного питания (SNAP). Чтобы подать заявление на участие в программах Medicaid и SNAP, поставьте отметку (✓) в поле «Medicaid (МА) и SNAP». Чтобы подать заявление на участие в программах Medicaid и РА, поставьте отметку (✓) в поле «Medicaid (МА) и РА».

Если вы хотите подать заявление только на МА, зайдите на страницу <https://nystateofhealth.ny.gov/> и/или позвоните по телефону 1-855-355- 5777, чтобы получить дополнительную информацию или подать заявление. Вы также можете воспользоваться бумажной формой заявления только для программы МА – DOH-4220, которую можно запросить у курирующего вас социального работника, или позвонить на горячую линию программы МА по телефону 1-800-541-2831. Если вы хотите подать заявку только на участие в программе Medicare Savings Program (MSP), вам необходимо подать форму DOH-4328, которую можно запросить у курирующего вас социального работника. Если вам необходима экстренная помощь с персональным уходом, необходимо подать отдельное заявление на участие в программе МА, используя форму заявления DOH-4220.

Если вы имеете право на государственное пособие, однако примете решение о том, что вам необходима только помощь по уходу за детьми, поставьте флажок (✓) в поле «Помощь по уходу за детьми (вместо государственного пособия)». Если вы измените мнение и решите, что вам также необходимо государственное пособие, вы можете подать заявление на участие в соответствующей программе в любое время.

Если вы поставите отметку (✓) в поле («Экстренная помощь (исключительно)»), это означает, что вы претендуете только на единовременную экстренную денежную помощь, и определение соответствия критериям участия в других программах проводиться не будет.

## **РАЗДЕЛ 2.**

**КАКОВ ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК?** Поставьте отметку (✓) в поле «Английский», «Испанский» или «Другой», чтобы указать язык, которым вы чаще всего пользуетесь. Если вы отметили (✓) поле «Другой», укажите предпочитаемый язык.

**ЯЗЫК ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЙ.** Вы будете получать уведомления о программах, на которые вы подали заявление/зарегистрировались. Поставьте отметку (✓) в поле «Только английский» или «Английский и испанский», чтобы указать язык (-и) получения этих уведомлений.

## **РАЗДЕЛ 3. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ**

**ИМЯ.** Напишите печатными буквами свои имя, средний инициал и фамилию.

**СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ.** Укажите свое семейное положение: холост/не замужем, женат/замужем, вдовец/вдова, официально проживаете отдельно или в разводе. Если вы когда-либо состояли в браке, укажите соответствующее семейное положение, не указывайте «холост/не замужем».

**НОМЕР ТЕЛЕФОНА.** Укажите свой номер телефона, при наличии.

**ЭТО МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН?** Укажите, является ли этот номер мобильным, поставив отметку (✓) в поле «ДА» или «НЕТ».

**АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ.** **Номер дома, улица.** Укажите номер дома или строения, название улицы, проспекта, дороги и пр. по месту вашего проживания.  
**Квартира №:** укажите номер квартиры, если вы проживаете в квартире.  
**Город:** укажите название города, в котором вы проживаете.  
**Округ:** укажите название округа, в котором вы проживаете.  
**Штат:** укажите название штата, в котором вы проживаете.  
**Почтовый индекс:** укажите почтовый индекс по месту жительства.

**ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ ЧЕРЕЗ:** если кто-то другой получает за вас почту, укажите имя этого человека.

**ПОЧТОВЫЙ АДРЕС.** Если вы получаете почту не по месту своего проживания, укажите адрес (с номером квартиры, если применимо) или номер абонентского ящика, город, округ, штат и почтовый индекс места получения корреспонденции.

**КАК ДОЛГО ВЫ ЖИВЕТЕ ПО ТЕКУЩЕМУ АДРЕСУ?** Укажите, сколько лет и/или месяцев вы проживаете по текущему адресу.

**ПРОЖИВАЕТЕ ЛИ ВЫ В ПРИЮТЕ?** Поставьте отметку (✓) в поле «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, является ли место вашего проживания приютом.

**АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ТЕЛЕФОН ДЛЯ СВЯЗИ С ВАМИ.** Укажите альтернативный номер телефона, по которому можно с вами связаться.

**АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО).** Введите свой адрес электронной почты, чтобы дать районному отделению разрешение связаться с вами по электронной почте.

**Предоставление адреса электронной почты не является обязательным условием подачи заявки.**

**УКАЗАНИЯ ПО ТЕКУЩЕМУ АДРЕСУ.** Напишите указания, как найти ваш дом. Используйте общеизвестные ориентиры.

**ПРЕДЫДУЩИЙ АДРЕС.** Укажите адрес, по которому вы проживали до переезда на нынешний адрес.

**ЕСЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ИМЕЕТЕ ЖИЛЬЯ, ПОСТАВЬТЕ ОТМЕТКУ ЗДЕСЬ.**  
Если вам негде жить/у вас нет адреса, поставьте отметку (✓) в этом поле.

**АГЕНТСТВО, ОКАЗЫВАЮЩЕЕ ПОМОЩЬ ЗАЯВИТЕЛЮ/КОНТАКТНОЕ ЛИЦО.** Если кто-то помогает вам подать заявление, укажите имя этого человека, название агентства, которое он представляет, при наличии, и номер его телефона.

**ХОТИТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ, ИЗЛОЖЕННОЙ В РАЗДЕЛЕ MEDICAID ЭТОГО ЗАЯВЛЕНИЯ, А ТАКЖЕ О ВАШЕМ ВОЗМОЖНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ MEDICAID, СОБЛЮДАЛАСЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать в заявлении, и/или сообщите курирующему вас социальному работнику о своем желании, чтобы информация раздела заявления и/или содержащаяся в корреспонденции, которые относятся к использованию вами покрытия Medicaid, оставалась конфиденциальной.

#### **РАЗДЕЛ 4. ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВКУ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ SNAP**

Прочтите заявление в Разделе 4 формы и поставьте подпись и дату под заявлением, если оно относится к вам или к любому лицу, от имени которого вы подаете настоящее заявление. Если у вас есть вопросы по данному разделу, обратитесь в районное отделение.

#### **РАЗДЕЛ 5. ПРИМЕНИМО ЛИ К ВАМ КАКОЕ-ЛИБО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПОЛОЖЕНИЙ?**

Отметьте (✓) каждую ситуацию, которая относится к вам или к любому лицу, от имени которого вы подаете настоящее заявление.

## **СТРАНИЦА 2 ЗАЯВЛЕНИЯ**

#### **РАЗДЕЛ 6. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ**

**ИМЯ.** Укажите имена, средний инициал и фамилии всех лиц, которые проживают с вами, *даже если они не подают заявление на участие в программах.* Сначала укажите себя.

**ЭТО ЛИЦО ПОДАЕТ ЗАЯВКУ НА УЧАСТИЕ В СЛЕДУЮЩИХ ПРОГРАММАХ.** Отметьте (✓) типы помощи, на получение которой подает заявку каждое лицо. RA означает «Государственное пособие», SNAP означает «Программу дополнительного питания», MA означает Medicaid, CS означает «Помощь по уходу за детьми», FC означает «Патронатное воспитание», S означает «Услуги» (например услуги по профилактике/защите детей и взрослых), EMRG означает «Экстренную помощь (исключительно)».

**ДАТА РОЖДЕНИЯ.** Укажите дату рождения каждого, *кто подает заявление.*

**ПОЛ и ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ.** Штат Нью-Йорк гарантирует вам право на доступ к льготам и/или услугам штата независимо от пола, гендерной идентичности или самовыражения. Вам необходимо указать ваш пол и пол всех членов семьи как мужской, женский или «X». Укажите «M» для мужского пола, «F» для женского или «X» для небинарной или иной гендерной идентичности. Пол, о котором вы сообщаете, необходим для обработки вашего заявления. Он не

будет отображаться ни на льготной карте, которую вы можете получить, ни на любом другом открытом документе.

Гендерная идентичность — это то, как вы воспринимаете себя и как вы себя называете. Ваша гендерная идентичность может совпадать, а может отличаться от вашего пола при рождении. Указание гендерной идентичности не требуется для данного заявления. Если ваша гендерная идентичность или гендерная идентичность кого-либо в вашей семье отличается от пола, который вы указываете для этого человека, и вы хотели бы указать его/ее гендерную идентичность, напишите «Мужской», «Женский», «Небинарный», «X», «Трансгендер» или «Иная идентичность» в соответствующем поле. Если указан вариант «Иная идентичность», вы можете далее в выделенном для этого месте описать идентичность этого человека. Предоставление этой информации является добровольным. Это не повлияет на право получения пособий либо на размер суммы.

**КЕМ ПРИХОДИТСЯ ВАМ.** Укажите, кем приходится вам каждое лицо (например супруг (супруга), сын, приемный ребенок, друг, сосед по комнате, квартирант и т. д.).

**НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ.** Укажите номера социального страхования каждого лица, которое подает заявление, *за исключением случаев, когда это:*

- беременная женщина, претендующая на участие только в программе Medicaid;
- лицо, не являющееся гражданином США, которое претендует на участие только в программе Medicaid или на льготы, доступные лицам с медицинскими состояниями, требующими оказания неотложной помощи;
- совершеннолетнее лицо, претендующее на получение услуг по защите совершеннолетних лиц; или
- лицо, претендующее только на помощь по уходу за детьми. Если такое лицо претендует на помощь по уходу за детьми и на получение профилактических услуг или же на помощь по уходу за детьми *вместо* государственного пособия, необходимо указать номер социального страхования этого лица.

Другие услуги, такие как патронатное воспитание, услуги по защите детей, профилактические услуги для детей и консультирование финансируются из различных источников, многие из которых требуют предоставления номера социального страхования. Несмотря на то, что заявители на получение некоторых услуг не обязаны предоставлять номер социального страхования, эти услуги могут быть недоступны, если такой номер не будет предоставлен. Поэтому мы запрашиваем номер социального страхования у всех заявителей на получение этих услуг, чтобы помочь им получить все льготы, которые могут им быть положены.

**СКОЛЬКО КЛАССОВ ШКОЛЫ ЗАКОНЧЕНО.** Укажите наивысший класс школы (от 1 до 12), который закончил каждый, *кто подает заявление*. Если продолжительность учебы более 12 лет, укажите 13. Если формальное школьное образование отсутствует, укажите 0. Если вы претендуете только на получение услуг, вам не нужно отвечать на этот вопрос.

**ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ЛИ ЭТО ЛИЦО (В ТОМ ЧИСЛЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ДЕТИ) ПОКУПКУ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ И ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПИЩИ СОВМЕСТНО С ВАМИ?** Необходимо ответить (✓) «ДА» или «НЕТ» на этот вопрос для каждого лица, которое проживает с вами, вне зависимости от того, подает ли оно заявление на участие в программах. Иногда люди, которые покупают продукты и готовят еду отдельно, могут получать больше пособий SNAP.

**УКАЖИТЕ ДЕВИЧЬИ ФАМИЛИИ ИЛИ ДРУГИЕ ИМЕНА В ОТНОШЕНИИ СЕБЯ И ДРУГИХ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ.** Укажите девичьи фамилии, фамилии в предыдущих браках, а также другие имена, использовавшиеся любыми лицами, указанными в этом разделе. Укажите имена, средний инициал и фамилии.

## СТРАНИЦА 3 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 7. РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Предоставление этой информации является добровольным. Это не повлияет ни на правомочность лиц, подающих заявления, ни на уровень получаемых ими пособий. Эта информация запрашивается для того, чтобы пособия распределялись независимо от расовой принадлежности, цвета кожи или национального происхождения. Если вы заполняете этот раздел, поставьте «ДА» для каждого лица, подающего заявление, в столбце Н, чтобы указать испаноамериканское и/или латиноамериканское происхождение лица. Укажите «ДА» в соответствующем столбце (столбцах), обозначающем расовую принадлежность каждого лица:

- Н = испаноамериканец или латиноамериканец
- I = коренной американец или коренной житель Аляски
- А = азиат
- В = темнокожий или афроамериканец
- Р = коренной гаваец или другой житель тихоокеанского региона
- W = белый
- U = неизвестно

## СТРАНИЦА 4 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 8. НАЛИЧИЕ ГРАЖДАНСТВА/НЕГРАЖДАНИН С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ

Заполните этот раздел для каждого лица, претендующего на участие в любой из следующих программ:

- помощь по уходу за детьми;
- патронатное воспитание; или
- другие услуги.

Кроме того, если вы или кто-либо из членов вашей семьи претендует на участие в Программе дополнительного питания (SNAP), вы должны указать *всех* членов вашей семьи, включая тех, которые не претендуют на участие в программе SNAP. Вы также должны указать любых братьев/сестер и родителей, проживающих с детьми, претендующими на государственное пособие (РА). Если вы подаете заявление только на помощь по уходу за детьми или на патронатное воспитание, заполните этот раздел только для тех детей, которые нуждаются в помощи по уходу или в патронатном воспитании. Если вы не заполните этот раздел для лица, подающего заявление, оно не сможет получить помощь.

**ИМЯ.** Укажите имя, средний инициал и фамилию каждого лица, которое подает заявление или должно быть указан в списке.

**ВЫБЕРИТЕ «ГРАЖДАНИН/ПОДДАННЫЙ» ИЛИ «НЕГРАЖДАНИН» ДЛЯ КАЖДОГО ЛИЦА.** Рядом с именем каждого лица отметьте (✓) *либо* «ГРАЖДАНИН/ПОДДАННЫЙ», что означает, что данное лицо является гражданином США, коренным жителем Америки или подданным, *либо* поле «НЕГРАЖДАНИН», что означает, что лицо *не является* гражданином США, коренным жителем Америки или подданным.

**НОМЕР USCIS (РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР ИНОСТРАНЦА) ИЛИ НОМЕР НЕГРАЖДАНИНА.** Укажите номер, выданный лицу Службой гражданства и иммиграции США (USCIS), *либо* номер негражданина, если применимо.



## РАЗДЕЛ 9. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Внимательно прочитайте заявления в нижней части этого раздела, затем подпишите и поставьте дату на подтверждении гражданства или допустимого иммигрантского статуса негражданина для каждого лица, *подающего заявление* на участие в любой из следующих программ. (Если вы подаете заявление только на помощь по уходу за детьми или на патронатное воспитание, заполните этот раздел только для тех детей, которые нуждаются в помощи по уходу или в патронатном воспитании.) Если любое лицо, подающее заявление, не является гражданином США, коренным жителем Америки или подданным, отметьте (✓) программы, на участие в которых претендует это лицо с допустимым иммигрантским статусом:

- Государственное пособие (PA);
- Программа дополнительного питания (SNAP);
- Medicaid (MA);
- Помощь по уходу за детьми (CC);
- Патронатное воспитание (FC);
- Другие услуги (S); и/или
- Экстренная помощь (EMRG).

«Негражданин с допустимым иммигрантским статусом» означает статус негражданина, который не лишает его права на получение льгот по данной программе. Обратите внимание, что в разных программах существуют различные требования к статусу негражданина. Дополнительную информацию о допустимых иммигрантских статусах неграждан можно найти в инструкциях LDSS-4148B «Книга 2. Что нужно знать о программах социального обслуживания» и вкладыше к этому документу (LDSS-4148B.1). Вы также можете обратиться за дополнительной информацией в свое районное отделение.

Любой совершеннолетний член домохозяйства или уполномоченный представитель может подписать подтверждение за всех подающих заявление членов семьи. Например, родитель, *не имеющий* гражданства или допустимого иммигрантского статуса негражданина, может подписать подтверждение за ребенка, *имеющего* гражданство или удовлетворительный иммиграционный статус негражданина. Если подающий заявление член семьи не достиг 18 лет (или достиг 18 лет, но не может подписать свое имя по причине медицинских нарушений или инвалидности), за него *должен* расписаться член семьи, достигший 18 лет. Расписываясь за другого члена семьи, подписывайтесь своим именем. Например, Анна Иванова, подписывающая документ от имени своего несовершеннолетнего ребенка Николая Иванова, должна поставить свою подпись «Анна Иванова».

**Отметка в соответствующем поле и подпись под заявлением означает, что вы подтверждаете под страхом наказания за предоставление заведомо ложной информации, что вы и/или лицо (-а), от имени которых вы ставите подпись, являетесь гражданами США, коренными жителями Америки, подданными или негражданами с допустимым иммигрантским статусом в контексте условий каждой программы, на участие в которой подается заявка. Если вы не отметите одно из полей и не предоставите регистрационный номер Службы гражданства и иммиграции США (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) для любого негражданина, подающего заявление, он не сможет получить помощь.**

**Вы не должны подписывать подтверждение от своего имени или от имени любого лица, если вы или такое лицо не являетесь гражданами США, коренными жителями Америки, подданными или негражданами с допустимым иммигрантским статусом. Неграждане без допустимого иммигрантского статуса не имеют права на получение помощи в рамках программ PA, SNAP или Medicaid (за исключением программы Medicaid в отношении неотложного состояния здоровья). Такие лица могут не иметь права на получение определенных услуг.**

**Мы можем подтвердить статус негражданина любого или всех членов семьи, подающих заявление на получение PA, пособий SNAP, Medicaid или услуг, передав предоставленную вами информацию в USCIS. Информация, полученная от USCIS, может повлиять на право вашей семьи на получение пособий и их уровень.**

## СТРАНИЦА 5 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 10. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБРАЩЕНИИ В ОТДЕЛ ПО ВЗЫСКАНИЮ АЛИМЕНТОВ

Вам не нужно заполнять этот раздел, если вы подаете заявление только на Medicaid и вы беременны, родили ребенка в течение последних 60 дней или подаете заявление только от имени детей младше 21 лет, либо если вы подаете заявление только на помощь по уходу за детьми.

1. Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, подаете ли вы заявление от имени любого лица, включая вас, которое младше 21 года, родилось вне брака и/или родители которого не установлены официально.
2. Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, подаете ли вы заявление от имени любого лица, включая вас, которое младше 21 года и по меньшей мере один родитель которого проживает отдельно от семьи.

Если вы ответили (✓) «Нет» на оба вопроса, перейдите к Разделу 11. Вам не нужно отвечать на остальные вопросы Раздела 10. Если вы ответили (✓) «Да» на любой из указанных вопросов, вы должны ответить на остальные вопросы Раздела 10.

3. Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, являетесь ли вы лицом младше 21 года.

**ИМЯ ЛИЦА МЛАДШЕ 21 ГОДА.** Укажите имя, средний инициал и фамилию каждого лица, в отношении которого вы отметили «Да», отвечая на вопросы 1, 2 и/или 3.

**ИМЯ И АДРЕС, ДАТА РОЖДЕНИЯ И НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ОПЕКУНОМ, ПРЕДПОЛАГАЕМОГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ РОДИТЕЛЯ, УСТАНОВЛИВАЮЩЕГО ПРАВА.** Если известно, укажите имя, средний инициал и фамилию, адрес, дату рождения и номер социального страхования родителя, не являющегося опекуном, предполагаемого родителя или родителя, устанавливающего права, в отношении которого вы отметили (✓) «Да», отвечая на вопросы 1, 2 и/или 3. Родитель, не являющийся опекуном, включает генетического/биологического родителя, законного родителя, приемного родителя или усыновителя любого ребенка, если сообщается, что такой родитель не проживает совместно с ребенком. В отношении ребенка, находящегося на воспитании в приемной семье, понятие родителя, не являющегося опекуном, или «отсутствующего родителя» также включает генетического/биологического родителя, законного родителя, мачеху, отчима или приемного родителя любого ребенка, если такой родитель присутствовал в семье ребенка на момент его передачи на воспитание в приемную семью. «Предполагаемый родитель» означает лицо, которое может быть генетическим/биологическим родителем ребенка, но которое еще не объявлено таковым в судебном порядке. Родитель, устанавливающий права, — лицо, которое намеревается получить юридическое признание в качестве родителя ребенка, рожденного в результате искусственного оплодотворения. Родитель, устанавливающий права, может состоять в браке с биологическим родителем.

## СТРАНИЦА 6 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 11. СТАТУС НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА/ИЖДИВЕНЦА

Напишите печатными буквами следующую информацию в отношении каждого лица, проживающего в вашей семье.

**ИМЯ, СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ И ФАМИЛИЯ.** Укажите имена, средний инициал и фамилии всех лиц, проживающих в вашей семье.

**НАЛОГОВЫЙ СТАТУС.** Отметьте (✓) соответствующий статус налогоплательщика для каждого лица, проживающего в вашей семье.

Укажите всех налоговых иждивенцев, не проживающих с вами, но являющиеся таковыми по отношению к вам или любому лицу в вашей семье. Если вы не подаете налоговую декларацию, пропустите эти вопросы.

**ИМЯ НАЛОГОВОГО ИЖДИВЕНЦА.** Укажите имена, средний инициал и фамилии всех лиц, которые не проживают в вашей семье, но которых вы или любые проживающие с вами лица заявляют в качестве налоговых иждивенцев.

**ИМЯ НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА.** В отношении каждого налогового иждивенца укажите имя, средний инициал и фамилию лица, проживающего в вашей семье, которое заявляет о таком иждивенце.

## ***РАЗДЕЛ 12. ДАННЫЕ ОТСУТСТВУЮЩЕГО/УМЕРШЕГО СУПРУГА (СУПРУГИ)***

**ИМЯ ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ.** Укажите имя любого подающего заявление лица, состоящего/ранее состоявшего в браке, супруг (супруга) которого не проживает совместно или умер.

**ИМЯ СУПРУГА (СУПРУГИ).** Укажите имя супруга (супруги) любого подающего заявление лица, состоящего/ранее состоявшего в браке, супруг (супруга) которого не проживает совместно или умер.

**ДАТА РОЖДЕНИЯ СУПРУГА (СУПРУГИ) И ДАТА СМЕРТИ СУПРУГА (СУПРУГИ), ЕСЛИ ПРИМЕНИМО.** Укажите день, месяц и год рождения и смерти (если применимо) супруга (супруги) любого подающего заявление лица, состоящего/ранее состоявшего в браке, супруг (супруга) которого не проживает совместно или умер.

**НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ СУПРУГА (СУПРУГИ).** Укажите номер социального страхования супруга любого подающего заявление лица, состоящего/ранее состоявшего в браке, супруг (супруга) которого не проживает совместно или умер.

**АДРЕС СУПРУГА (СУПРУГИ) (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО).** Укажите адрес, включая город, округ, штат и почтовый индекс, супруга (супруги) любого подающего заявление лица, состоящего/ранее состоявшего в браке, супруг (супруга) которого не проживает совместно или умер. Если адрес неизвестен, укажите последний известный адрес супруга (супруги).

## ***РАЗДЕЛ 13. ДАННЫЕ ОТСУТСТВУЮЩЕГО РЕБЕНКА***

**ИМЯ ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ.** Укажите имя любого лица, подающего заявление, у которого есть ребенок в возрасте до 21 года, не проживающий с ним.

**ИМЯ ОТСУТСТВУЮЩЕГО РЕБЕНКА И ДАТА РОЖДЕНИЯ.** Укажите имя, день, месяц и год рождения всех детей в возрасте до 21 года, которые не проживают с лицом, подающим заявление.

**АДРЕС РЕБЕНКА.** Укажите адрес, включая город, округ, штат и почтовый индекс, всех детей в возрасте до 21 года, которые не проживают с лицом, подающим заявление.

**УСТАНОВЛЕНО ЛИ ОТЦОВСТВО/МАТЕРИНСТВО?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, установлено ли отцовство/материнство в отношении любого ребенка в возрасте до 21 года, не проживающего с лицом, подающим заявление.

**ВЫ ПЛАТИТЕ АЛИМЕНТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, выплачивает ли любое лицо, подающее заявление, алименты на содержание ребенка младше 21 года, который не проживает с этим лицом.

## ***РАЗДЕЛ 14. ИНФОРМАЦИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ РОДИТЕЛЕ***

Заполните этот раздел только в том случае, если вы подаете заявление на государственное пособие.

**ПРОЖИВАЕТ ЛИ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ РОДИТЕЛЬ МЛАДШЕ 18 ЛЕТ («НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ РОДИТЕЛЬ»)?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, является ли любое лицо, подающее заявление, родителем младше 18 лет.

**ИМЯ.** Укажите имя любого лица, подающего заявление, которое является родителем в возрасте до 18 лет.

**ПРОЖИВАЕТ ЛИ РЕБЕНОК НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО РОДИТЕЛЯ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, проживает ли ребенок любого лица младше 18 лет, подающего заявление, вместе с вами.

**ИМЯ РЕБЕНКА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО РОДИТЕЛЯ.** Укажите имя ребенка любого лица младше 18 лет, подающего заявление.

## СТРАНИЦЫ 7 и 8 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 15. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

**УКАЖИТЕ, ПОЛУЧАЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, ДОХОД, и КТО ИМЕННО.** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ» в каждой из строк с 1 по 27, чтобы указать, получаете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц деньги по любым перечисленным видам доходов, и для каждого ответа «ДА» укажите имена лиц, получающих такие деньги.

**СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ.** Для каждого ответа «Да» укажите сумму или размер дохода в долларах (\$), а также укажите, как часто лицо, получающее доход, получает этот доход. Например, если вы получаете 100 \$ пособия по безработице каждую неделю, укажите «\$100 per week» (100 \$ в неделю) или «\$100/wk» (100 \$/нед).

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ГАРАНТИРОВАННЫЙ ДОХОД (SSI) (СУММАРНО ФЕДЕРАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ И ПОСОБИЕ ШТАТА).** Если вы или любое лицо, проживающее с вами, получаете льготы по Программе дополнительных социальных выплат штата Нью-Йорк (New York State Supplement Program, SSP), а также по Программе дополнительного гарантированного дохода (Supplemental Security Income, SSI), сложите эти суммы и укажите их в столбце «СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ» в разделе «Льготы SSI», строка 2. Если вы или любое лицо, проживающее с вами, получаете только льготы SSP, введите эту сумму в столбце «СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ» в разделе «Льготы SSI», строка 2.

**ВЫПЛАТЫ НА ДЕТЕЙ НА ПАТРОНАТНОМ ВОСПИТАНИИ (ПОЛУЧЕННЫЕ).** Если вы или любое лицо, проживающее с вами, получаете выплаты на детей на патронатном воспитании, укажите соответствующую сумму в столбце «СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ» в разделе «Выплаты на детей на патронатном воспитании», строка 17. Если вы, или любое лицо, проживающее с вами, получаете выплаты по уходу за детьми или совершеннолетним лицом на патронатном воспитании, и вы претендуете на участие в Программе дополнительного питания (SNAP), у вас есть два варианта выбора: вы можете указать ребенка на патронатном воспитании и выплаты на детей на патронатном воспитании в данных семьи в контексте программы SNAP, или же вы можете не указывать ребенка на патронатном воспитании и выплаты на детей на патронатном воспитании в данных семьи в контексте программы SNAP. Уточните в своем районном отделении, при каком варианте льготы SNAP будут больше.

**ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА/АЛИМЕНТЫ (ПОЛУЧЕННЫЕ).** Если вы или любое лицо, которое проживает с вами, получает выплаты на содержание ребенка, укажите имя осуществляющего их лица после слов «Получено от» в строке 18.

**ПРОЧИЕ ДОХОДЫ.** Укажите любой дополнительный доход, который получаете вы или любое проживающее с вами лицо. Также укажите, кто именно получает этот доход и размер и периодичность поступлений.

**НАЛОГОВЫЕ ВЫЧЕТЫ, КТО ПОЛУЧАЕТ, СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ.** Если вы подаете заявку на Medicaid, отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ» в каждой из строк с 1 по 15, чтобы указать, будете ли вы или кто-либо, проживающий с вами, претендовать на какие-либо федеральные налоговые вычеты, перечисленные в декларации о доходах за текущий год. Для каждого ответа «ДА» укажите имена лиц, которые будут заявлять вычет, а также сумму или размер и периодичность расходов, которые будут заявлены в налоговой декларации.

**ПРОЧИЕ КОРРЕКТИРОВКИ.** Опишите любые другие федеральные налоговые вычеты, которые вы или кто-либо из проживающих с вами лиц заявит в декларации о доходах за текущий год. Укажите имена лиц, которые будут заявлять вычет, а также сумму или размер и периодичность расходов, которые будут заявлены в налоговой декларации.

## **РАЗДЕЛ 16. ДАННЫЕ ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЯ/ СПОНСОРА НЕГРАЖДАНИНА С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ**

**ИМЕЕТ ЛИ ПРИЕМНЫЙ РОДИТЕЛЬ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ДЕТЕЙ КАКИЕ-ЛИБО РЕСУРСЫ ИЛИ ПОЛУЧАЕТ ДОХОД? КТО ИМЕННО?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, есть ли у кого-либо из подающих заявление, включая вас, приемный родитель, который не живет с вами и имеет финансовые ресурсы или получает деньги из любого источника. (Если приемный родитель проживает вместе с вами, его ресурсы/доходы должны быть включены в раздел 15 «Информация о доходах».) Если ответ «Да», укажите имя приемного родителя.

**ПРОЖИВАЕТ ЛИ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ЯВЛЯЮЩЕЕСЯ НЕГРАЖДАНИНОМ С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ, ЧЕЙ ПРИЕЗД В США БЫЛ ОПЛАЧЕН СПОНСОРОМ, И КТО ИМЕННО?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, являетесь ли вы или кто-либо из членов вашей семьи негражданином с допустимым иммигрантским статусом, которого кто-то спонсировал для получения разрешения на въезд в США. Если ответ «ДА», укажите имя человека, который был спонсирован.

**ИМЯ СПОНСОРА, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА.** Если ответ «ДА», укажите имя лица, которое является спонсором приезда в США для вас или любого лица в вашей семье, а также адрес и номер телефона спонсора.

## **СТРАНИЦЫ 9 и 10 ЗАЯВЛЕНИЯ**

### **РАЗДЕЛ 17. ДАННЫЕ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ**

Заполните этот раздел в отношении себя и для всех, кто проживает с вами. Если вы трудоустроены, вы, все равно, можете иметь право на помощь. В контексте данного раздела «трудоспособным возрастом» является возраст 18 лет и старше или 16 лет и старше для лиц, не посещающих школу.

**В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ Я.** Отметьте (✓) «работаю по найму», «самозанятый» или «не работаю», чтобы указать, трудоустроены ли вы, и, если да, работаете ли вы на себя или по найму.

**СОВОКУПНЫЙ ДОХОД.** Укажите сумму, которую вы зарабатываете до вычета налогов за неделю, за две недели или за месяц (не в год), если применимо. Укажите любую заработную плату, сверхурочные, комиссионные или чаевые.

**КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В МЕСЯЦ.** Укажите количество часов, которые вы отработываете каждый месяц.

**ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫПЛАТ.** Отметьте (✓) «Еженедельно», «Раз в две недели» или «Ежемесячно», чтобы указать, как часто вы получаете заработную плату, если применимо.

**ДЕНЬ НЕДЕЛИ, В КОТОРЫЙ ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА.** Укажите, в какой день недели вы получаете заработную плату, если применимо.

**ИМЯ/НАЗВАНИЕ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ.** Укажите имя/название, адрес

и номер телефона работодателя, если применимо. Укажите «я» и адрес и номер телефона вашего предприятия, если вы — самозанятый.

**ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЛЮБОЕ ДРУГОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РАБОТАЮЩИМ ПО НАЙМУ ИЛИ САМОЗАНЯТЫМ, И КТО ИМЕННО.** Отметьте (✓) «работает по найму» или «самозанятое лицо», если кто-либо из проживающих с вами работает, и укажите его имя.

**СОВОКУПНЫЙ ДОХОД, КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В МЕСЯЦ, ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫПЛАТ, ДЕНЬ НЕДЕЛИ, В КОТОРЫЙ ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА, ИМЯ/НАЗВАНИЕ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ.** Заполните указанные разделы для всех лиц, которые проживают с вами и работают, в соответствии с указаниями, приведенными выше.

**ДОСТУПНО ЛИ ВАМ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ВАШЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, имеете ли вы медицинскую страховку, предоставляемую вашим работодателем.

**ИМЕЕТ ЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ ВМЕСТЕ С ВАМИ, МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЧЕРЕЗ РАБОТОДАТЕЛЯ? КОМУ ИМЕННО?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, имеет ли кто-либо из проживающих с вами лиц медицинскую страховку через работодателя, и, если вы ответили «Да», укажите имя этого лица.

**НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ:** Укажите название вашей страховой компании и/или страховой компании любого лица, которое проживает вместе с вами, если применимо.

**НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ РАСХОДЫ ПО УХОДУ ЗА ИЖДИВЕНЦАМИ В СВЯЗИ С РАБОТОЙ? КТО ИМЕННО?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, есть ли у вас или у кого-либо, кто проживает с вами, расходы по уходу за детьми или иждивенцами (например за престарелыми родителями) в связи с работой, и укажите имя лица, несущего такие расходы.

**НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ПРОЧИЕ РАСХОДЫ В СВЯЗИ С РАБОТОЙ? КТО ИМЕННО?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, имеете ли вы или кто-либо, проживающий с вами, какие-либо расходы, связанные с работой (например транспорт, униформа), и, если вы ответили «Да», укажите имя этого лица.

**ДЛЯ НЕРАБОТАЮЩИХ: КОГДА В ПОСЛЕДНИЙ РАЗ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, БЫЛИ ТРУДОУСТРОЕНЫ? КТО, КОГДА И ГДЕ:** Если вы или же любое лицо трудоспособного возраста, которое проживает с вами, не трудоустроены, укажите имя этого лица, даты, в которые вы или эти лица были трудоустроены в последний раз, а также последнее место работы.

**ПОЧЕМУ ВЫ (ИЛИ ОНИ) ПЕРЕСТАЛИ РАБОТАТЬ?** Укажите причины, по которым вы или любое лицо, проживающее с вами, не работаете.

**ПОДАВАЛИ ЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ НА ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ? КТО, КОГДА И СТАТУС ЗАЯВЛЕНИЯ.** Если вы или любое другое лицо, проживающее с вами, не работают, отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, подавало ли это лицо заявление на пособие по безработице. Если вы ответили «Да», укажите имя этого лица, дату подачи заявления и статус заявления.

**УЧАСТВУЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, В ЗАБАСТОВКЕ? КТО ИМЕННО?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, участвуете ли вы или любое лицо, проживающее с вами, в забастовке (например, прекратили работу в знак протеста против решений или методов работодателя), и, если вы ответили «Да», укажите имя этого лица.

**КОГДА НАЧАЛАСЬ ЗАБАСТОВКА.** Если вы или любое лицо, проживающее с вами, участвует в забастовке, укажите дату, с которой это лицо участвует в забастовке.

**ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, СЕЗОННЫМ РАБОЧИМ ИЛИ СЕЗОННЫМ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫМ РАБОТНИКОМ? КТО ИМЕННО?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, выезжаете ли вы или любое лицо, проживающее с вами, на различные фермы для работы или работает на ферме только в течение вегетационного сезона, и, если вы ответили «Да», укажите имя этого лица.

**ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ЛЮБОЕ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, МЕДИЦИНСКИЕ СОСТОЯНИЯ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ИЛИ ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ЗАНЯТИЮ ОПРЕДЕЛЕННЫМИ ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ? КТО ИМЕННО?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, имеете ли вы или любое другое лицо, проживающее с вами, медицинские состояния или заболевания, которые не позволяют вам/этому лицу работать с полной занятостью или заниматься определенными видами деятельности, и, если вы ответили «Да», укажите имя этого лица.

**ОПИШИТЕ ОГРАНИЧЕНИЯ.** Если вы или любое другое лицо, проживающее с вами, имеете медицинские состояния или заболевания, которые не позволяют вам/этому лицу работать с полной занятостью или заниматься определенными видами деятельности, укажите эти ограничения.

**МОЖЕТЕ ЛИ ВЫ СОГЛАСИТЬСЯ НА ВАКАНСИЮ СЕГОДНЯ? ЕСЛИ НЕТ, ПОЧЕМУ?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, могли бы вы согласиться на вакансию сегодня, если бы вам предложили работу, и, если вы ответили «Нет», то почему.

**КАКУЮ РАБОТУ ВЫ БЫ ХОТЕЛИ ВЫПОЛНЯТЬ?** Укажите, какая работа вам нравится.

## СТРАНИЦА 11 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 18. ОБРАЗОВАНИЕ/ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

**УКАЖИТЕ САМЫЙ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ВАШЕГО ОКОНЧЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ.** Отметьте (✓) описание, наиболее точно характеризующее уровень вашего законченного образования.

**УКАЖИТЕ ПОСЛЕДНИЙ ЗАКОНЧЕННЫЙ КЛАСС.** Если вы не закончили среднюю школу, укажите последний класс, который вы закончили.

**ИМЕЕТ ЛИ КТО-НИБУДЬ ЕЩЕ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ДИПЛОМ ОБ ОКОНЧАНИИ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ, ДИПЛОМ, ЭКВИВАЛЕНТНЫЙ ДИПЛОМУ ОБ ОКОНЧАНИИ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ (GED), ИЛИ СЕРТИФИКАТ О СДАЧЕ ЭКЗАМЕНОВ НА ЗНАНИЕ КУРСА СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ (TASC™)? УКАЖИТЕ ДАТУ ОКОНЧАНИЯ ОБУЧЕНИЯ.** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, имеет ли кто-нибудь в вашей семье диплом об окончании средней школы, диплом, эквивалентный диплому об окончании средней школы (GED), сертификат о сдаче экзаменов на знание курса средней школы (TASC™) или образование более высокого уровня. Если ответ «Да», укажите имя данного лица, полученный диплом и дату его получения.

Ответьте на приведенные ниже вопросы за себя и за любое лицо, которое проживает с вами, претендующее на участие в социальных программах или получающее социальную помощь.

**УЧАСТВОВАЛ ИЛИ УЧАСТВУЕТ В ПРОГРАММАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ? КТО, ГДЕ, НАЗВАНИЕ ПРОГРАММ, ДАТЫ ПРОХОЖДЕНИЯ И ДАТЫ ОКОНЧАНИЯ.** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, проходили ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, которое подает заявление или получает социальную помощь, программы профессиональной подготовки, и, если вы ответили «Да», укажите имя этого лица, учреждение, где это лицо посещало программу подготовки, название или тип программы, период обучения и дату окончания программы.

**ДОСТИГ 16 ЛЕТ И ПОСЕЩАЕТ ШКОЛУ ИЛИ КОЛЛЕДЖ? КТО И ГДЕ?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, являетесь ли вы или кто-либо в вашей семье, кто подает заявление или получает социальную помощь, лицом, *достигшим 16 лет* и посещающим школу или колледж, и, если вы ответили «Да», укажите имя этого лица и название школы или колледжа.

**МЛАДШЕ 16 ЛЕТ И ПОСЕЩАЕТ ШКОЛУ? КТО? КАКУЮ ШКОЛУ?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, являетесь ли вы или кто-либо в вашей семье, кто подает заявление или получает социальную помощь, лицом младше 16 лет, и, если вы ответили «Да», укажите имя этого лица и название школы.

## СТРАНИЦА 12 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 19. ИНФОРМАЦИЯ О РЕСУРСАХ

Если вы подаете заявление только на получение услуг, кроме патронатного воспитания или помощи по уходу за детьми, вам не требуется заполнять этот раздел.

Если вы претендуете заявление на Программу дополнительного питания, вам не нужно указывать, есть ли у вас страхование жизни.

**УКАЖИТЕ В ОТНОШЕНИИ СЕБЯ ИЛИ ЛЮБОГО ЛИЦА, КОТОРОЕ ПРОЖИВАЕТ С ВАМИ И ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ:** В строках с 1 по 23 отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц, подающих заявление, какие-либо из перечисленных финансовых ресурсов.

**КТО.** Для каждого ответа «Да» укажите имена лиц, имеющих ресурсы.

**ЕСЛИ ОТВЕТ «ДА», СУММА/РАЗМЕР.** Для каждого ответа «Да» укажите сумму в долларах (\$) или размер ресурсов. Обязательно укажите любое совместное имущество (т.е. ресурсы, принадлежащие двум или нескольким лицам, например совместные банковские счета). Любое лицо, претендующее на получение государственного пособия или Medicaid, должно указать ресурсы любых юридически ответственных родственников. Это люди, которые по закону обязаны оказывать финансовую поддержку вам или любому лицу, подающему заявление, например супруг (супруга) или, если вам еще не исполнился 21 год, родители или приемные родители, которые проживают вместе с вами или любым лицом, подающим заявление.

**ЯВЛЯЕТСЯ СОБСТВЕННИКОМ ИЛИ НА ИХ ИМЯ ЗАРЕГИСТРИРОВАН АВТОМОБИЛЬ (-И) ИЛИ ДРУГИЕ ТРАНСПОРТНЫЕ СРЕДСТВА, МАРКА/МОДЕЛЬ И ДРУГОЕ.** Если ваше имя или имя любого лица, которое проживает вместе с вами и подает заявление, указано в документах о собственности на автомобиль или другое транспортное средство, укажите год выпуска, марку и модель каждого транспортного средства в строке 6. Укажите такие ресурсы, как автодома, снегоходы и суда после слова «Другое» в строке 6.

**ЕСТЬ РЕСУРСЫ, КРОМЕ УКАЗАННЫХ ВЫШЕ.** Очень важно сразу же сообщить своему районному отделению, если вы получаете или ожидаете получить единовременную денежную выплату. Единовременная денежная выплата представляет собой разовую сумму, например страховое возмещение, наследство, сумму, присужденную по судебному иску, или выигрыш в лотерею. Подробную информацию о единовременных денежных выплатах см. в LDSS-4148A «Книга 1. Что нужно знать о своих правах и обязанностях».

**ИМЕЛО ЛИ МЕСТО... СОЗДАНИЕ КЕМ-ЛИБО В ПРОШЛОМ ТРАСТОВОГО ФОНДА ИЛИ ПЕРЕВОД КЕМ-ЛИБО РЕСУРСОВ В ТРАСТОВЫЕ ФОНДЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 60 МЕСЯЦЕВ?** Если вы или ваш (-а) супруг (-а) перевели или передали любые ресурсы за последние 36 месяцев (60 месяцев для переводов в трастовый фонд) до первого дня месяца, в котором вы получали услуги учреждения с сестринским уходом, и вы подали заявление на участие в программе Medicaid, вы можете потерять право на получение услуг учреждения с сестринским уходом или в услуги рамках альтернативной программы ухода на дому или по месту жительства в рамках программы Medicaid.

Если вы или любое лицо, подающее заявление, или супруг (супруга) кого-либо из подающих заявление (даже если супруг (супруга) не претендует на участие в социальных программах или не живет в семье), создавали трастовый фонд или переводили средства в трастовый фонд за последние пять лет, укажите, когда трастовый фонд был создан, или же когда в него были переведены средства, в строке 23.



# СТРАНИЦЫ С 13 ПО 15 ЗАЯВЛЕНИЯ

## РАЗДЕЛ 20. МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**УКАЖИТЕ, ОТНОСЯТСЯ ЛИ К ВАМ ИЛИ ЛЮБОМУ ПРОЖИВАЮЩЕМУ С ВАМИ ЛИЦУ, КОТОРОЕ ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ, СЛЕДУЮЩИЕ СИТУАЦИИ, И ЕСЛИ ДА, К КОМУ ИМЕННО.** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, относятся ли к вам или любому лицу, проживающему вместе с вами и претендующему на получение помощи, любые из приведенных ситуаций, и, если вы ответили «ДА», укажите имя лица, к которому имеет отношение каждая ситуация. Обязательно укажите все медицинские страховки и страховки на случай госпитализации/от несчастных случаев, которые имеются у вас или у всех, кто обращается за помощью.

**НАЛИЧИЕ ОПЛАЧЕННЫХ ИЛИ НЕОПЛАЧЕННЫХ СЧЕТОВ ЗА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ВЫСТАВЛЕННЫХ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПЕРЕД МЕСЯЦЕМ ПОДАЧИ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ.** Программа Medicaid, возможно, сможет оплатить ваши счета за медицинские услуги, которые вы получили в течение трехмесячного периода до подачи заявления на социальную помощь. Если вы уже оплатили счет, возможно, мы сможем компенсировать вам соответствующие расходы, если мы установим, что вы имели право на пользование страховым покрытием Medicaid в указанное время. Возможно, мы сможем компенсировать вам затраты даже в том случае, если врач или другой поставщик медицинских услуг не принимает Medicaid, при этом мы сможем оплатить вам только ту сумму, которая была бы оплачена Medicaid, и только в том случае, если счет был за услуги, покрываемые Medicaid.

**БЕРЕМЕННОСТЬ.** Если вы или любое лицо, которое проживает с вами и подает заявление, беременны, укажите предполагаемую дату родов, а также ожидаемое число детей в строке 14.

**ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.** Заполните этот раздел для каждого лица, претендующего на участие в программе Medicaid. Как правило, лица, участвующие в программе Medicaid, должны зарегистрироваться в плане управляемого медицинского обслуживания, кроме случаев, когда на них распространяются исключения. В этом разделе вы сможете выбрать план медицинского обслуживания. Если у вас нет информации о доступных планах медицинского обслуживания, проконсультируйтесь со своим социальным работником или позвоните на горячую телефонную линию службы содействия клиентам в выборе планов управляемого медицинского обслуживания Managed Care Medicaid Choice Help Line по телефону 1-800-505-5678.

**НАЗВАНИЕ ПЛАНА, В КОТОРОМ ВЫ РЕГИСТРИРУЕТЕСЬ.** Укажите название плана (-ов) медицинского обслуживания, в котором (-ых) любые лица, желающие стать участниками программы Medicaid, хотят зарегистрироваться. Если у вас нет информации о доступных планах медицинского обслуживания, обратитесь в районное отделение.

**ФАМИЛИЯ и ИМЯ.** Укажите фамилию и имя каждого лица, претендующего на участие в Medicaid.

**ДАТА РОЖДЕНИЯ.** Укажите две цифры числа рождения, две цифры месяца рождения и две цифры года рождения каждого лица, желающего стать участником программы Medicaid.

**ПОЛ.** Укажите «М» для мужского пола, «Ж» для женского или «Х» для небинарной или иной гендерной идентичности, чтобы указать пол каждого лица, претендующего на участие в Medicaid.

**ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (НОМЕР КАРТЫ MEDICAID, ЕСЛИ ОНА У ВАС ЕСТЬ).** Если у любого лица, желающего стать участником программы Medicaid, есть карта Medicaid, укажите идентификационный номер карты Medicaid здесь.

**НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ.** Укажите номер в системе социального страхования каждого лица, претендующего на участие в Medicaid.

**ОСНОВНОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИЛИ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР (ПОСТАВЬТЕ ФЛАЖОК, ЕСЛИ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕКУЩИМ ПОСТАВЩИКОМ).** Укажите имя основного поставщика

медицинских услуг (врача общей практики или семейного врача) или же медицинского учреждения/центра для любого лица, желающего стать участником программы Medicaid. Если это лицо уже пользуется услугами такого поставщика услуг или учреждения/центра, поставьте отметку (✓) в поле. Перед получением медицинского обслуживания убедитесь в том, что указанный поставщик услуг или медицинский центр участвуют в программе Medicaid.

**ИМЯ И ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА (ПОСТАВЬТЕ ФЛАЖОК, ЕСЛИ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕКУЩИМ ПОСТАВЩИКОМ).** Если любому лицу, которое претендует на участие в программе Medicaid, необходимы услуги акушера-гинеколога, укажите имя акушера-гинеколога, услугами которого заявитель желает воспользоваться. Если заявитель пользуется услугами данного акушера/гинеколога в настоящее время, поставьте отметку (✓) в поле. Перед получением медицинского обслуживания убедитесь в том, что указанный поставщик услуг или медицинский центр участвуют в программе Medicaid.

Перед получением медицинского обслуживания убедитесь в том, что указанный врач или медицинское учреждение участвуют в программе Medicaid.

## **РАЗДЕЛ 21. ЖИЛЬЕ/ПРИЮТ**

Если вы подаете заявление только на получение услуг, кроме патронатного воспитания или помощи по уходу за детьми, вам не требуется заполнять этот раздел.

**ИМЯ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА ВАШЕГО АРЕНДОДАТЕЛЯ?** Если вы снимаете жилье, укажите имя, адрес и номер телефона вашего арендодателя.

**НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ РАСХОДЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫПЛАТОЙ АРЕНДНОЙ ПЛАТЫ, ИПОТЕКИ ИЛИ ДРУГИЕ РАСХОДЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПРЕБЫВАНИЕМ В ПРИЮТЕ?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, расходы по аренде, ипотеке, или иные расходы, связанные с проживанием в приюте (например, за проживание и питание), и, если вы ответили «ДА», укажите сумму расходов, оплачиваемых вами/этим лицом в месяц. Если вы выплачиваете ипотеку, укажите сумму налога на недвижимость и страховки домовладельца (в том числе сумму страхования на случай пожара).

**НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ РАСХОДЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОПЛАТОЙ ОТОПЛЕНИЯ, ОТДЕЛЬНО ОТ АРЕНДНОЙ ПЛАТЫ ИЛИ ЖЕ ДРУГИХ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ЖИЛЬЕМ/ПРЕБЫВАНИЕМ В ПРИЮТЕ?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, расходы по оплате отопления отдельно от аренды, ипотеки или иных расходов, связанных с жильем/проживанием в приюте, и, если вы ответили «ДА», укажите сумму расходов, оплачиваемых вами/этим лицом в месяц.

**НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ СЛЕДУЮЩИЕ РАСХОДЫ ОТДЕЛЬНО ОТ АРЕНДНОЙ ПЛАТЫ ИЛИ ЖЕ ДРУГИХ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ЖИЛЬЕМ/ПРЕБЫВАНИЕМ В ПРИЮТЕ?** В строках с 1 по 8 отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, любые из указанных расходов отдельно от аренды, ипотеки или иных расходов, связанных с жильем/проживанием в приюте, и, если вы ответили «ДА», укажите сумму расходов, оплачиваемых вами/этим лицом в месяц. Для вопросов в строках с 9 по 11 отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, проживаете ли вы или любое лицо, подающее заявление, в любых из указанных мест.

## **РАЗДЕЛ 22. ПРОЧИЕ РАСХОДЫ**

**УКАЖИТЕ, НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ДРУГИЕ ЛИЦА, ПОДАЮЩИЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, ДРУГИЕ РАСХОДЫ И, ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ.** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц, подающих заявление, какие-либо из платежей, перечисленных в строках с 1 по 5. Укажите в строке 6 все расходы, не указанные в списке. Для каждого ответа «ДА» укажите сумму платежа или расхода и периодичность платежа (например

100 \$ в неделю или 100 \$/нед.).

**ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ, ЗАДОЛЖЕННОСТЬ ПО АЛИМЕНТАМ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 21 ГОДА В ТЕЧЕНИЕ КАК МИНИМУМ ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, осуществляете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц, подающих заявление, какие-либо из платежей, перечисленных в строках с 1 по 5.

## СТРАНИЦА 16 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 23. ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**ПЛАНИРУЕТЕ ЛИ ВЫ ПРИОБРЕТАТЬ ИЛИ ПРИОБРЕТАЕТЕ ЕДУ В СЛУЖБЕ ДОСТАВКИ ЕДЫ ИЛИ В МЕСТНОМ ПРЕДПРИЯТИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, покупаете ли вы или кто-либо из подавших заявление в настоящее время или планируете покупать питание в службе доставки еды на дом (например Meals on Wheels) или предприятии общепита (например в кафетерии в здании, где вы живете).

**ВЫ МОЖЕТЕ ГОТОВИТЬ ЕДУ ДОМА?** Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, есть ли у вас дома место для приготовления пищи.

В контексте вопросов в строках 10–12 формулировка «Вооруженные силы США» обозначает:

- армию США,
- флот США,
- береговую охрану США,
- морскую пехоту США,
- ВВС США,
- коммерческий флот США во время Второй мировой войны.

**СЛУЖИЛИ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ЛЮБОЕ ДРУГОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ ВМЕСТЕ С ВАМИ, В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ США? КТО ИМЕННО?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, проходили ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, в родах войск, указанных выше, и, если вы ответили «ДА», укажите имя этого лица.

**ПРОХОДИЛ ЛИ ВАШ СУПРУГ (СУПРУГА) СЛУЖБУ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ США?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, проходил ли ваш супруг (супруга) службу в родах войск, указанных выше.

**ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ВАШЕЙ СЕМЬИ ИЖДИВЕНЦЕМ ЛИЦА, ПРОХОДЯЩЕГО ИЛИ ПРОХОДИВШЕГО СЛУЖБУ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ США? КТО ИМЕННО?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, являетесь ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, финансово зависимым от лица, проходящего или когда-либо проходившего службу в родах войск, указанных выше, и, если вы ответили «ДА», укажите имя этого лица.

**ПОЛУЧАЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, ПОМОЩЬ ИЛИ ОБСЛУЖИВАНИЕ СЕЙЧАС? ЕСЛИ ДА, КТО И КАКУЮ ПОМОЩЬ?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, участвуете ли вы или любое другое лицо, проживающее вместе с вами, в программе государственных пособий, Medicaid, Программе дополнительного питания (SNAP, ранее — «Талоны на питание» (Food Stamp), Программе помощи по уходу за детьми или получаете услуги. Если вы ответили («ДА»), укажите имя лица, а также тип получаемой помощи.

**ПОЛУЧАЛИ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, ПОМОЩЬ ИЛИ ОБСЛУЖИВАНИЕ В ПРОШЛОМ? ЕСЛИ ДА, КТО И КАКУЮ ПОМОЩЬ?** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, получали ли вы или любое другое лицо, проживающее вместе с вами, помощь по программе государственных пособий, Medicaid, SNAP, Программе помощи по уходу за детьми в прошлом. Если вы ответили («ДА»), укажите имя лица, а также тип получаемой помощи.

**ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ).** Отметьте (✓) «ДА» или «НЕТ», чтобы указать, относятся ли к вам или любому лицу, проживающему вместе с вами, любые из следующих девяти вопросов, и, если вы ответили «ДА», укажите имя лица, к которому имеет отношение каждая ситуация. Если вам непонятны эти вопросы, обратитесь за разъяснениями в свое районное отделение. Обратите внимание, что законодательство штата Нью-Йорк предусматривает наказание в виде штрафа и/или тюремного заключения в отношении лиц, признанных виновными в неправомерном получении государственного пособия, или в неправомерном участии в программах Medicaid, SNAP, Программе помощи по уходу за детьми или в неправомерном получении услуг, которое стало возможным по причине сокрытия фактов или сообщения ложной информации.

**ФАКТ ПЕРЕДАЧИ СОБСТВЕННОСТИ.** Отметьте флажком (✓) поле «Да» или «Нет», чтобы указать, предпринимали ли вы или любое другое лицо, подающее заявление, действия по продаже, передаче прав собственности или отказу от прав собственности в отношении любого объекта собственности с целью получения государственного пособия или участия в Программе дополнительного питания (SNAP). Обратите внимание, что законодательство штата Нью-Йорк предусматривает наказание в виде штрафа и/или тюремного заключения в отношении лиц, признанных виновными в неправомерном получении государственного пособия, или в неправомерном участии в программах Medicaid, SNAP, Программе помощи по уходу за детьми или в неправомерном получении услуг, которое стало возможным по причине сокрытия фактов или сообщения ложной информации.

## СТРАНИЦЫ С 18 ПО 24 ЗАЯВЛЕНИЯ

### *УВЕДОМЛЕНИЯ, УСТУПКА ПРАВ, РАЗРЕШЕНИЯ И СОГЛАСОВАНИЯ*

Внимательно прочтите **ВСЮ** информацию настоящего раздела или попросите, чтобы вам ее прочитали. В разделе приведена важная информация в отношении ваших прав и обязанностей, относящихся к получению помощи, а также информация о наказаниях и санкциях, которые могут к вам применяться (например штрафы и/или тюремное заключение), если вы не выполните свои обязательства в соответствии с условиями настоящего раздела. Подписав и подав заявление, вы подтверждаете, что поняли положения настоящего раздела и согласны с ними.

**УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ.** Если вы желаете, чтобы третье лицо подало заявление на участие в Программе дополнительного питания (SNAP) от вашего имени, и/или вы хотите, чтобы третье лицо, не проживающее с вами, получало пособия по Программе дополнительного питания (SNAP) для вас, и/или вы просите это лицо покупать вам продукты питания, укажите имя, адрес и номер телефона этого лица в этом поле. Такое лицо называется вашим уполномоченным представителем. Уполномоченный представитель должен поставить дату и подпись в разделе для подписей в конце заявления. Если ваша семья не проживает в специализированном учреждении, ответственный совершеннолетний член семьи также должен поставить подпись и указать дату в месте для подписи в конце заявления, за исключением случаев, когда ваша семья в письменном виде поручает соответствующие действия уполномоченному представителю.

**РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.** Отметьте (✓) «Не раскрывать информацию в отношении ВИЧ/СПИД», «Не раскрывать информацию о психическом здоровье» и/или «Не раскрывать информацию о наркотиках и алкоголе», если вы не хотите, чтобы такая информация, касающаяся вас и/или других членов вашей семьи, подающих заявление, могла быть раскрыта в той мере, в которой это разрешено законом.

**ПОДПИСЬ.** Внимательно прочтите информацию настоящего раздела или попросите, чтобы вам ее прочитали. Законодательство штата Нью-Йорк предусматривает наказание в виде штрафа и/или тюремного заключения в отношении лиц, признанных виновными в неправомерном получении государственного пособия, или в неправомерном участии в программах Medicaid, SNAP, Программе по уходу за детьми или в неправомерном получении услуг, которое стало возможным по причине сокрытия фактов или сообщения ложной информации. **Подписав и подав заявление, вы**

**подтверждаете, что поняли положения настоящего раздела и согласны с ними, а также то, что вся информация, которую вы указали в настоящем заявлении или которую вы передадите в районное отделение в будущем, является, насколько вам это известно полной и правильной.**

**ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ И ДАТА ПОДПИСАНИЯ.** Поставьте подпись и укажите дату подписания заявления, за исключением случаев, когда вы указали в заявлении уполномоченного представителя Программы дополнительного питания (SNAP) и проживаете в специализированном учреждении. В этом случае уполномоченный представитель может подписать заявление и поставить дату. Если вы не проживаете в специализированном учреждении, вы и официальный представитель должны поставить подпись и указать дату в заявлении, за исключением случаев, когда вы ранее в письменном виде поручали соответствующие действия уполномоченному представителю по программе SNAP. Если вы заполнили это заявление за третье лицо, укажите *ваше* имя, а не имя лица, от имени которого вы подали заявление, а также поставьте дату подписания.

**ПОДПИСЬ СУПРУГА/СУПРУГИ ИЛИ ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО ЗАЩИТУ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ И ДАТА ПОДПИСАНИЯ.** Если вы состоите в браке и подаете заявление на получение государственного пособия, Medicaid, помощи по уходу за детьми или услуг, ваш супруг/супруга должны подписать заявление и поставить дату. Если вы состоите в браке и подаете заявление только на получение пособий по Программе дополнительного питания, только один из супругов должен подписать заявление и поставить дату. Если у вас есть обеспечивающий защиту представитель, подписывать заявление и ставить дату должен он.

**ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ.** Если у вас есть назначенный уполномоченный представитель программы SNAP, подписывать заявление и ставить дату должен он.

**Я ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ СВОЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ НА.** Не ставьте флажок ни в одно из этих полей, не подписывайте и не ставьте дату в этом разделе, если вы хотите подать заявление. Делайте отметки в этом разделе только в том случае, если вы хотите *отозвать* свое заявление на участие в одной или нескольких программах. Чтобы отозвать заявление по определенной программе, отметьте (✓) эту программу и поставьте подпись и дату в соответствующих полях. Ваше заявление будет отозвано только в отношении отмеченных программ.

**ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЕЙ.** На последних двух страницах данного заявления приведена форма регистрации избирателя. Регистрация или отказ от регистрации в качестве избирателя с использованием этой формы не повлияет на решение по вашему заявлению на участие в социальных программах и/или получение услуг, а также на размер помощи, которую вы получите. Если вам необходима помощь с заполнением формы регистрации избирателя, обратитесь в районное отделение.

## Для информационных целей ТРЕБОВАНИЯ К ДОКУМЕНТАЦИИ

Приведенный ниже перечень факторов соответствия требованиям участия в программах и требований к документам носит исключительно информационный характер. Ваше районное отделение сообщит вам, какие из факторов соответствия требованиям участия в программах вы должны будете подтвердить. Вас могут попросить подтвердить другие факторы, не перечисленные ниже. Вы можете предоставить документы, не перечисленные ниже, для подтверждения этих требований. Если у вас возникли вопросы относительно требований к документам, обратитесь в районное отделение.

**Фактор соответствия требованиям участия в программах**

**Чтобы подтвердить этот фактор, предоставьте один из следующих документов:**

**Номер социального страхования**  
(Для получения государственного пособия, пособий SNAP и Medicaid — только в том случае, если указанный вами номер социального страхования (SSN) не совпадает с данными SSA или не может быть проверен агентством.)

Карта социального страхования  
Официальные письма от SSA  
Номер социального страхования не требуется для неграждан, обращающихся за Medicaid только для получения экстренной помощи, или для беременных, обращающихся только за Medicaid.

**Гражданство или текущий статус негражданина** — граждане США имеют право на получение государственного пособия, SNAP и Medicaid. Неграждане должны иметь допустимый иммигрантский статус, чтобы иметь право на получение государственного пособия, SNAP или Medicaid. Иммиграционный статус не является фактором, определяющим право на участие в программе Child Health Plus B для беременных женщин или детей-иммигрантов. Иммигранты, не имеющие документов, и иностранцы с визой на временное пребывание имеют право на участие в программе только при лечении неотложных медицинских состояний.

Свидетельство о рождении  
Свидетельство о крещении  
Медицинские документы из больницы  
Паспорт США  
Документы о прохождении военной службы  
Свидетельство о натурализации  
Документы USCIS  
Подтверждение непрерывного проживания в США в период с 01.01.1972 г. и ранее.

Фактор соответствия требованиям участия в программах	Чтобы подтвердить этот фактор, предоставьте:  ✓ ↓ Один из следующих документов ИЛИ	✓ ↓ ДВА из следующих документов  (Если вы подаете заявление только на получение пособия SNAP или Medicaid, вам нужно принести только одну форму для каждого отмеченного фактора соответствия требованиям участия в программах.)		
<input type="checkbox"/> <b>Подтверждение личности</b> Вам необходимо подтвердить свою личность.	Удостоверение личности с фотографией Водительское удостоверение Паспорт США Свидетельство о натурализации Медицинские документы из больницы/от врача Документы об усыновлении/удочерении	Заявление от другого человека Подтвержденный номер социального страхования Свидетельство о рождении/крещении	<input type="checkbox"/> <b>Доход от трудовой деятельности</b> От работы по найму	Справки о заработной плате Конверты для заработной платы На фирменном бланке: ставка оплаты в час, количество отработанных часов в неделю, дата первой зарплаты, если недавно принят, и телефон работодателя Контракт с работодателем Корпоративная документация Налоговые документы
<input type="checkbox"/> <b>Семейное положение</b> Вы должны подтвердить, состоите ли вы в браке, разведены, проживаете раздельно или овдовели.	Свидетельства о браке/смерти Договор о раздельном проживании Решение суда о расторжении брака Документы по социальному страхованию Документы Совета по делам ветеранов	Справка от священнослужителя Зарегистрированные данные переписи населения Уведомление в газете Заявление от другого человека	<input type="checkbox"/> От самозанятости	Корпоративная документация Налоговые документы Документы и сопутствующие материалы, касающиеся доходов и расходов самозанятого Текущая декларация по подоходному налогу
<input type="checkbox"/> <b>Место жительства</b> Вы должны подтвердить свое место жительства.	Заявление от арендодателя Квитанция об уплате текущей арендной платы Документы об ипотеке.	Заявление от другого человека Свежая почта Школьные документы.	<input type="checkbox"/> Доход от аренды или содержания пансиона	Чек по текущим взносам пансионера, арендатора Документы по подоходному налогу
<input type="checkbox"/> <b>Состав/размер семьи</b> Вам необходимо подтвердить, кто проживает вместе с вами.	Заявление от арендодателя, не являющегося родственником Школьные документы.	Заявления от других лиц	<input type="checkbox"/> <b>Незаработанный доход</b> Алименты на ребенка	Заявление из суда по семейным делам Заявление от лица, выплачивающего алименты Корешки чеков Наградной сертификат Чек выдачи пособия Официальная переписка с Департаментом труда штата Нью-Йорк Наградной сертификат Чек выдачи пособия Официальные письма от SSA Наградной сертификат Чек выдачи пособия Официальные письма Совета по делам ветеранов
<input type="checkbox"/> <b>Возраст</b> Вы должны подтвердить возраст каждого лица, подающего заявление на получение помощи, если это необходимо.	Свидетельство о рождении Свидетельство о крещении Медицинские документы из больницы Документы об усыновлении/удочерении Свидетельство о натурализации Водительское удостоверение	Страховой полис Зарегистрированные данные переписи населения Школьные документы Заявление от другого человека Справка от терапевта Официальные письма от SSA	<input type="checkbox"/> Пособие по безработице (UIB)	
<input type="checkbox"/> <b>Отсутствующий родитель</b> Если родитель какого-либо ребенка, проживающего в вашем доме, не проживает с вами, необходимо подтвердить это.	Свидетельство о смерти Пособия по потере кормильца Медицинские документы из больницы Документы Совета по делам ветеранов или военный билет Документы о разводе Подтверждение заключения повторного брака	Уведомление в газете Документы страховой компании Документы из специализированного учреждения Медицинская карта и документы об оплате похорон Заявление от другого человека	<input type="checkbox"/> Пособия по социальному обеспечению (включая SSI)  <input type="checkbox"/> Пособия ветеранам	
<input type="checkbox"/> <b>Информация об отсутствующем родителе</b> Вы должны предоставить любую имеющуюся у вас информацию: имя, адрес, номер социального страхования, дату рождения, место работы	Справки о начислении заработной платы Налоговая отчетность Документы по социальному страхованию или Совета по делам ветеранов Письма с расчетом сумм пособий по безработице Идентификационные карточки (медицинское страхование) Водительские права или документ о регистрации			

<b>Фактор соответствия требованиям участия в программах</b>	<b>Чтобы подтвердить этот фактор, предоставьте один из следующих документов:</b>	<b>Фактор соответствия требованиям участия в программах</b>	<b>Чтобы подтвердить этот фактор, предоставьте один из следующих документов:</b>
<p><b>Незаработанный доход (продолжение)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Компенсации работникам</p> <p><input type="checkbox"/> Образовательные гранты и кредиты</p> <p><input type="checkbox"/> Проценты/дивиденды/роялти</p> <p><input type="checkbox"/> Частная пенсия/аннуитет</p> <p><input type="checkbox"/> Другое</p>	<p>Письмо о назначении выплаты Корешок чека</p> <p>Справка из школы Справка из банка Письмо о назначении выплаты</p> <p>Справка из банка или кредитного союза Справка от брокера/агента</p> <p>Письмо о назначении пособия Чек выдачи пособия Официальные письма от источника дохода</p>	<p><input type="checkbox"/> Другое _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Расходы на жилье/приют</b> Вы должны подтвердить, во сколько вам обходится проживание в том месте, где вы живете (возможно, вам придется предоставить отдельные документы по каждой статье расходов на жилье). Для Medicaid <b>документальное подтверждение расходов на жилье/приют не требуется.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Счета за медицинские услуги</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Медицинское страхование</b> Если у вас или у кого-либо из заявителей есть медицинская страховка (даже если она оплачена кем-то другим), вы должны подтвердить это.</p>	<p>Квитанция об уплате текущей арендной платы Текущий договор аренды Документы об ипотеке Документы по налогу на имущество и финансирование школ Справка от арендодателя Счета за водоснабжение и канализацию Полисы страхования владельца жилья Счета за топливо Счета за коммунальные услуги, кроме отопления Телефонные счета</p> <p>Копии счетов за медицинские услуги (оплаченных и неоплаченных)</p> <p>Страховой полис Страховая карточка Справка от поставщика страхового покрытия Карта Medicare</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Ресурсы</b></p> <p><input type="checkbox"/> Банковские счета: текущий, сберегательный, пенсионный (IRA и Keogh)</p> <p><input type="checkbox"/> Акции, облигации, свидетельства</p> <p><input type="checkbox"/> Полис страхования жизни</p> <p><input type="checkbox"/> Договор о предоставлении участка под захоронение или на похороны с похоронным трастом или фондом</p> <p><input type="checkbox"/> Возврат подоходного налога или налоговый вычет по доходу от трудовой деятельности (EITC)</p> <p><input type="checkbox"/> Недвижимость, кроме жилья</p> <p><input type="checkbox"/> Транспортное средство</p> <p><input type="checkbox"/> Единовременная выплата</p>	<p>Заявление семьи Справка из дома престарелых</p> <p>Текущие банковские выписки Текущие выписки из кредитного союза</p> <p>Сертификат на акции Облигации Справка из финансового учреждения</p> <p>Страховой полис Справка из страховой компании</p> <p>Банковские выписки Договор на погребение Документ на участок для захоронения Справка от директора похоронного бюро</p> <p>Возврат налога Справка из налоговой инспекции</p> <p>Акт о праве собственности Справка брокера по недвижимости Оценка текущей стоимости брокером</p> <p>Регистрация (старые модели) Документ о праве собственности Оценка текущей стоимости дилером Финансовая информация</p> <p>Справка от источника платежа</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Инвалиды/недееспособные/беременные</b> Если вы или кто-либо из проживающих с вами людей больны или беременны, вы должны предоставить соответствующее подтверждение.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Неоплаченные счета</b> Аренда, коммунальные услуги</p> <p><b>Направления</b></p> <p><input type="checkbox"/> Программа лечения наркомании/алкоголизма</p> <p><input type="checkbox"/> Служба занятости</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Прочие расходы/расходы на иждивенцев</b> Вы должны предоставить подтверждение, если вы платите алименты по решению суда, оплачиваете уход за ребенком, кредиты или услуги помощника или сиделки на дому.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Посещение школы</b> Вам необходимо подтвердить, кто посещает школу</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Другое:</b></p>	<p>Справка от врача, подтверждающая беременность и предполагаемую дату родов Справка от врача Справка о получении пособий SSA или SSI по инвалидности или слепоте</p> <p>Копия каждого счета с указанием суммы задолженности, периода оказания услуг и поставщика</p> <p>Справка из клиники, проводящей лечение</p> <p>Справка из службы занятости</p> <p>Судебный приказ Справка из детского сада или другого учреждения по уходу за детьми Заявление помощника или обслуживающего персонала Аннулированные чеки или квитанции</p> <p>Школьные документы (текущий табель успеваемости) Справка из школы или учреждения высшего образования</p>