

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

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК

АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ВРЕМЕННОГО ПОСОБИЯ (ТА), ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МА), ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКЭР» (MSP), ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ - FS), СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (S), включая пособие на оплату ухода за приемными лицами (FC), И ПОСОБИЯ НА ОПЛАТУ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ (CC)

Мы всячески стремимся профессионально и с тактом помогать Вам и поддерживать Вас на Вашем пути к достижению материальной независимости. Вы, со своей стороны, также должны стремиться обеспечить себя самостоятельно, проявлять сознательное отношение к деятельности, направленной на достижение этой цели, в частности, к трудовой деятельности, когда таковая требуется для получения Временного пособия и фудстемпов. Везде, где Вам встретятся слова «Временное пособие» или «ТА», они подразумевают Семейное пособие и пособие по Программе «Спасательная сеть» (Safety Net). Оба этих вида пособий мы называем «Временным пособием». Задача этих программ ТА — помогать Вам только до тех пор, пока Вы не сможете сами полностью обеспечить себя и своих близких.

Заполняя этот бланк, пользуйтесь памяткой «Как заполнять бланк анкеты-заявления» (Pub-1301Statewide-RU).

ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПРОГРАММЫ, НА КОТОРЫЕ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ				<input type="checkbox"/> Временное пособие и льготы по Программе мед.помощи <input type="checkbox"/> Временное пособие <input type="checkbox"/> Пособие по уходу за детьми (вместо ТА) <input type="checkbox"/> Льготы по Программе мед.помощи <input type="checkbox"/> Денежная помощь по программе «Медикэр» <input type="checkbox"/> Фудстемпы <input type="checkbox"/> Социальные услуги, в т. ч. уход за приемными лицами <input type="checkbox"/> Пособие по уходу за детьми <input type="checkbox"/> Выплата только в связи с чрезвычайными обстоятельствами (EMRG)				Отметьте, какие из приведенных здесь обстоятельств характеризуют ваше положение:											
ЯЗЫК, НА КОТОРОМ ВЫ ХОТЕЛИ БЫ ПОЛУЧАТЬ ИЗВЕЩЕНИЯ				<input type="checkbox"/> ИСПАНСКИЙ И АНГЛИЙСКИЙ <input type="checkbox"/> ТОЛЬКО АНГЛИЙСКИЙ ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК <input type="checkbox"/> АНГЛИЙСКИЙ <input type="checkbox"/> ИСПАНСКИЙ <input type="checkbox"/> ДРУГОЙ (укажите) <u>2</u>				<input type="checkbox"/> беременна 1 <input type="checkbox"/> жертва бытовых правонарушений 2 <input type="checkbox"/> нуждаюсь в установлении отцовства 3 <input type="checkbox"/> нужны средства на содержание ребенка 4 <input type="checkbox"/> пристрастие к наркотикам / алкоголю 5 <input type="checkbox"/> отключено отопление или иные коммунальные услуги 6 <input type="checkbox"/> негде жить / бездомный 7 <input type="checkbox"/> личная или семейная проблема, требующая безотлагательного решения 8 <input type="checkbox"/> жертва пожара или иного бедствия 9 <input type="checkbox"/> нет работы 10 <input type="checkbox"/> серьезная проблема со здоровьем 11 <input type="checkbox"/> недавно потерял(а) источник дохода 12 <input type="checkbox"/> реальная угроза выселения 13 <input type="checkbox"/> нечего есть 14 <input type="checkbox"/> нужен уход за приемными лицами 15 <input type="checkbox"/> нужен уход за детьми 16 <input type="checkbox"/> иное 17											
СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ										ПИСАТЬ ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ									
ИМЯ			ОТЧ.	ФАМИЛИЯ			СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ			НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД РАЙОНА									
ДОМ №	УЛИЦА			КВАРТИРА №	ГОРОД			ГРАФСТВО		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС								
ЕСЛИ ВАШУ ПОЧТУ ПОЛУЧАЕТ ДРУГОЕ ЛИЦО, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ ЭТОГО ЛИЦА										<u>3</u>									
АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ (ЕСЛИ НЕ СОВПАДАЕТ С ПРИВЕДЕННЫМ ВЫШЕ)				КВАРТИРА №	ГОРОД			ГРАФСТВО		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС								
УЧРЕЖДЕНИЕ, ПОМОГАЮЩЕЕ ЗАЯВИТЕЛЮ (ИМЯ И ФАМИЛИЯ СОТРУДНИКА)							НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД РАЙОНА												
КАК ДАВНО ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ ПО НЫНЕШНЕМУ АДРЕСУ?	ЛЕТ	МЕСЯЦЕВ	ЖИВЕТЕ ЛИ ВЫ В ПРИЮТЕ?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЗАПАСНОЙ ТЕЛЕФОН, ПО КОТОРОМУ С ВАМИ МОЖНО СВЯЗАТЬСЯ		ИМЯ И ФАМИЛИЯ			НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД РАЙОНА									
КАК ПРОЕХАТЬ К ВАШЕМУ ДОМУ																			
ПРЕЖНИЙ АДРЕС				КВАРТИРА №	ГОРОД			ГРАФСТВО		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС								
Если Вы подаете заявление на получение фудстемпов, Вы имеете право подать (зарегистрировать) эту анкету-заявление непосредственно в день получения бланка. В заявлении при его подаче должны быть указаны по меньшей мере Ваши имя, фамилия, адрес (при его наличии) и стоять подпись. При наличии у Вас соответствующих оснований FS будут выданы Вам за период, начинающийся со дня подачи заявления. Срок оформления Ваших льгот может быть сокращен, если у Вас нет источников дохода и наличных средств или если объем Ваших расходов на аренду жилья и коммунальные услуги превышает объем Ваших доходов и наличных средств. Со всеми вопросами по этому поводу обращайтесь к закрепленному за вами сотруднику (ведущему).										<u>4</u>									
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (ОТ ИМЕНИ ЗАЯВИТЕЛЯ) НА ПРОГРАММУ FS							ДАТА ПОДПИСАНИЯ												
X																			

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ТЕХ, КТО НЕ ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ВМЕСТЕ С ВАМИ. В ПЕРВУЮ СТРОКУ ВПИШИТЕ СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ. ПРОСИМ ПИСАТЬ РАЗБОРЧИВО И ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ЗАНИМАЕТСЯ ЛИ ЭТО ЛИЦО (В Т. Ч. ВАШИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ДЕТИ) ВМЕСТЕ С ВАМИ ПОКУПКОЙ ПРОДУКТОВ И/ИЛИ ПРИГОТОВЛЕНИЕМ ПИЩИ?
 ↓
 СКОЛЬКО КЛАССОВ ШКОЛЫ ЗАКОНЧИЛ ПИЩИ?
 ↓

RI	LN	(первая буква отчества)			ВИДЫ ЛЬГОТ, НА КОТОРЫЕ ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ ЭТО ЛИЦО								ДАТА РОЖДЕНИЯ			ПОЛ (М или Ж)	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТО ЛИЦО	№ СОЦ. ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВАМИ И ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЛЬГОТЫ <small>(см. памятку «Как заполнять бланк анкеты-заявления» Pub-1301Statewide-RU или спросите своего ведущего)</small>	СКОЛЬКО КЛАССОВ ШКОЛЫ ЗАКОНЧИЛ ПИЩИ?	ДА	НЕТ
		ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ	TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG	м-ц	число	год						
	01																				
	02																				
	03	6																			
	04																				
	05																				
	06																				
	07																				
	08																				

ПРОСИМ УКАЗАТЬ ДОБРАЧНЫЕ ФАМИЛИИ И ВСЕ ПРОЧИЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ, КОТОРЫЕ НОСИЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ	Line No.	ONC	ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ
	Line No.	ONC	ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

IS ANYONE SANCTIONED? YES NO IF YES, WHO REASON END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF FS HOUSEHOLD
			YES	NO			

IMMIGRATION INFORMATION

IMMIGRATION INFORMATION										INDIVIDUAL EDUCATION				
LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO				
											01		05	
											02		06	
											03		07	
											04		08	

LN	КОДЫ ЭТНИЧЕСКОЙ ИЛИ РАСОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ							CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES										
	Н испаноязычные или латиноамериканцы I коренные американцы или коренные жители Аляски А лица азиатского происхождения В негры или афроамериканцы Р коренные жители Гавайских о-вов и выходцы с островов Тихого океана W белые U принадлежность неизвестна (только для МА)								REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL		
	ИСПАНОЯЗЫЧНЫЕ И ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЫ ДОЛЖНЫ ПОСТАВИТЬ «ДА», ОСТАЛЬНЫЕ — «НЕТ»																		
	ПРОСТАВЬТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ» ВО ВСЕХ КЛЕТКАХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ РАСОВУЮ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ																		
Н	I	A	B	P	W	U													
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			

ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS	CONSIDER	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
LINE NO.	CODE	DATE							
						<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relationship ✓ Filing Unit ✓ Legally Responsible Relative ✓ Single Economic Unit ✓ FS Household Composition ✓ FS Aged/Disabled Individual ✓ Photo ID/AFIS ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Health Insurance 		Photo I.D.	
								Birth Verification	
								Marriage License	
								Social Security Card	
								Code 9 Resolution	
								Immigration Status	
								Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)	
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE									
SFUI	CODE	SFUI	CODE						
NEEDED		REFERRALS		COMPLETED					
			CAP						
			Services						
			SSA						
			Legal						

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ, ВЫПЛАТАХ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ И МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ **НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ**

Подаявая заявление на получение Временного пособия, Вы должны помочь нам получить средства на содержание детей и медицинское обеспечение для Вас и Ваших детей. Если Вы подаете заявление **только** на льготы по Программе мед.помощи, Вы можете помочь нам получить средства на медицинское обеспечение для Вас и включенных в заявление детей. Если Вы просите о предоставлении Пособия на оплату ухода за детьми и (или) ухода за приемными лицами, Вам, возможно, придется помочь нам получить средства на содержание включенных в Ваше заявление детей. Если у Вас будут вопросы, прочтите памятку «Как заполнять бланк» (Pub-1301Statewide-RU). Укажите имена и фамилии всех лиц, не достигших 21 года, родители которых не проживают с Вами, и приведите все имеющиеся у Вас на данный момент сведения об отсутствующих родителях этих лиц. Если **Вам** еще нет 21 года, впишите также сведения о **Вашем** отдельно проживающем родителе.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА, НЕ ДОСТИГШЕГО 21 ГОДА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ		
		МЕСЯЦ	ЧИСЛО	ГОД
A.				
B.				
C.	10			
D.				
E.				

SOCIAL SECURITY NUMBER		

Получаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц деньги в виде выплат на содержание детей? ДА НЕТ
 Если да, укажите внизу их имена и фамилии.

Circle whichever arrangement applies:
 Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? Yes No
 If Yes, how was it determined? court order agreement of the parties

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОЛУЧАЮЩЕГО	ПОЛУЧАЕМАЯ СУММА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫПЛАТ	ОТ КОГО ПОСТУПАЮТ СРЕДСТВА
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Paternity Acknowledgement	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	LRR Letter/Questionnaire	
	Other Support	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	CSS Application (LDSS-2521)	
	IV-D (LDSS-2860)	
	Paternity	

CONSIDER

<input checked="" type="checkbox"/> Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse	<input checked="" type="checkbox"/> Child Health Plus
<input checked="" type="checkbox"/> Petition to Family Court	<input checked="" type="checkbox"/> TASA
	<input checked="" type="checkbox"/> SSI/SSA

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ(ЩЕЙ) ИЛИ УМЕРШЕМ(ШЕЙ) СУПРУГЕ

Если муж или жена кого-либо из заявителей проживает в другом месте или скончался (скончалась), приведите соответствующие сведения в этих графах

ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДАТА СМЕРТИ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	
		11				
АДРЕС			ГОРОД	ГРАФСТВО	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РЕБЕНКЕ

Если у кого-то из заявителей есть отдельно проживающий ребенок, не достигший 18 лет, приведите соответствующие сведения в этих графах

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕГО РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	АДРЕС (дом, улица, город, графство, штат и почтовый индекс)	ОТЦОВСТВО УСТАНОВЛЕНО		ПЛАТИТЕ ЛИ ВЫ АЛИМЕНТЫ НА РЕБЕНКА	
				Да	Нет	Да	Нет
		12					

СВЕДЕНИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ РОДИТЕЛЕ

Есть ли среди проживающих с Вами лиц лицо, не достигшее 18 лет и имеющее детей?
 Да Нет

Укажите имя и фамилию _____ 13

Проживает ли ребенок несовершеннолетнего родителя вместе с Вами? Да Нет
 Имя и фамилия ребенка несовершеннолетнего родителя _____

TEEN PARENT:

LN NO. _____ Marital Status _____
 High School Diploma? _____
 LN NO. _____ Marital Status _____
 High School Diploma? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ							НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ				
Если Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц получает(е) деньги из перечисленных ниже источников, заполните соответствующие графы	ДА	НЕТ	КТО ПОЛУЧАЕТ	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ, ДОЛЛ.	КТО ПОЛУЧАЕТ	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ, ДОЛЛ.	CD	INCOME			
								LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
Заработок, зарплата, в т. ч. сверхурочные, комиссионные, оплачиваемая профессиональная подготовка, чаевые	1						01				
Доход работающих на себя	2						20				
Пособие по безработице	3						49				
Дополнительный социальный доход (SSI)	4						45				
Пенсия социального обеспечения по инвалидности	5						42				
Пособие социального обеспечения на иждивенца	6										
Пенсия социального обеспечения по потере кормильца	7						43				
Пенсия социального обеспечения по выслуге лет	8						44				
Пенсия железнодорожного служащего	9						38				
Пенсионные выплаты по выслуге лет	10						39				
Дивиденды и проценты с акций, облигаций, сберегательных вкладов и т. п.	11						03				
Компенсация в связи с травмой на производстве	12						59				
Пособие штата Нью-Йорк по инвалидности	13						33				
Пенсия, пособия и выплаты ветерану вооруженных сил США по медицинскому обслуживанию и уходу	14						55				
Денежное пособие по программе Общественной помощи	15						37				
Выплаты на семью по воинскому аттестату (GI)	16						10				
Гранты или ссуды на образование	17										
Денежные пожертвования, подарки (полученные)	18										
Выплаты по уходу за приемными лицами (полученные)	19						06				
Выплаты на содержание детей (полученные)	20						02				
Алименты, материальная помощь (полученные)	21										
Частное страхование на случай потери трудоспособности — выплаты по страховке от болезни или несчастных случаев	22										
Выплаты по страховке полн. покрытия ущерба от несчастного случая (No Fault)	23						50				
Выплаты из профсоюзных фондов (в т. ч. пособие бастующим)	24										
Ссуды (полученные)	25										
Доход от трастового фонда (в том числе нераспределенный доход, на получение которого Вы имеете право в настоящее время или имели в прошлом)	26										
Стипендии/субсидии на профессиональную подготовку	27						31				
Доход от сдачи помещений в аренду (полученный)	28						14				
Доход от постояльцев или пансионеров (полученный)	29										
ПРОЧИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА (указать)											

14

- CONSIDER**
- Child Support Pass-Through
 - Explained Budgeted
 - FS Aged/Disabled Indicator
 - Disability Review
 - Refugee Matched Grants

СВЕДЕНИЯ О ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЯХ И СПОНСОРАХ ИММИГРАНТОВ

Ответьте на все приведенные ниже вопросы:

Имеются ли у отчима/мачехи кого-либо из проживающих совместно с Вами детей какие-либо материальные средства или источники дохода?

ДА	НЕТ	УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ

Есть ли среди проживающих совместно с Вами лиц иммигранты, переехавшие в США на средства спонсоров?

ИМЯ И ФАМИЛИЯ СПОНСОРА ИЛИ НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ-СПОНСОРА: _____ ТЕЛЕФОН: _____

АДРЕС: _____

15

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED

СВЕДЕНИЯ ОБ ОБРАЗОВАНИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ

ВНЕСИТЕ В СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ГРАФЫ СВЕДЕНИЯ О СЕБЕ И ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦАХ, ОФОРМЛЯЮЩИХ ИЛИ ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЬГОТЫ

Имеет свидетельство об окончании средней школы или эквивалентный документ о среднем образовании (GED)? Да Нет

Имя, фамилия _____ 1

Даты посещения _____

Дата окончания курса _____

Проходит или прошел какой-либо курс профессиональной подготовки Да Нет

Имя, фамилия _____

Место прохождения курса _____ 2

Наименование учебной программы _____

Даты посещения _____

Дата окончания курса _____

Достиг(ла) возраста 16 лет и посещает школу или колледж Да Нет

Имя, фамилия _____ 3

Название учебного заведения _____

Есть ли дети в возрасте до 16 лет, посещающие школу? Да Нет

Имя, фамилия _____

Название школы _____

Имя, фамилия _____

Название школы _____

Имя, фамилия _____ 4

Название школы _____

Имя, фамилия _____

Название школы _____

Имя, фамилия _____

Название школы _____

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

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

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ						
ЕСЛИ У ВАС ИЛИ ЛЮБЫХ ДРУГИХ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ И ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ, ЕСТЬ ЧТО-ЛИБО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ, ЗАПОЛНИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ГРАФЫ	ДА	НЕТ	КТО ИМЕЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ ИЛИ ЭКВИВАЛЕНТ В ДОЛЛ.	КТО ИМЕЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ ИЛИ ЭКВИВАЛЕНТ В ДОЛЛ.
Наличные деньги на руках	1			\$		\$
Чекový(е) счет(а) в банке	2					
Сберегательный(е) счет(а), депозитные сертификаты	3					
Счет в профсоюзном банке	4					
Полис страхования жизни	5					
Документ о наличии или регистрации собственного автомобиля или иного транспортного средства (средств) год выпуска _____ модель и марка _____ год выпуска _____ модель и марка _____	6					
Акции, облигации, акционерные сертификаты и взаимные фонды	7					
Сберегательные облигации	8					
Пенсионные планы IRA, Keogh, 401-k или счета с отсроченными выплатами	9					
Безотзывный похоронный траст	10					
Похоронный фонд	11					
Место для погребения	12		18			
Собственный дом	13					
Недвижимое имущество (как приносящее, так и не приносящее доход)	14					
Право на возврат по налоговой декларации	15					
Регулярно поступающие платежи	16					
Наследственные трасты (является бенефициаром)	17					
Ожидаемые: поступления из трастового фонда, выплаты по исполнительному листу, наследство или доход из любых других источников	18					
Трастовый(е) счет(а) для несовершеннолетних	19					
Абонентский сейф в банке	20					
Другие материальные средства (ценности) помимо перечисленных выше	21					
Передавал ли кто-либо (включая Вашего супруга, даже если супруг не подаёт заявление на получение льгот или проживает отдельно от Вас) на протяжении последних 36 месяцев безвозмездно денежные суммы, переводил на имя других лиц (продавал) какую-либо недвижимость, источники дохода или предметы личной собственности?	22					
Учреждал ли кто-либо (включая Вашего супруга, даже если супруг не подаёт заявление на получение льгот или проживает отдельно от Вас) когда-либо траст? Переводил ли кто-либо в траст какие бы то ни было материальные средства на протяжении последних 60 месяцев? Если да, укажите даты _____	23					

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ		
NEEDED	REFERRAL	COMPETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

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

- CONSIDER**
- ✓ "In Trust" Accounts
 - ✓ Children's Resources
 - ✓ Lump Sum
 - ✓ Boats, Campers, Snowmobiles
 - ✓ Income Tax Refund
 - ✓ Individual Development Account (IDA)
 - ✓ Exempt Vehicles

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

*IF EXEMPT, WHY?

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ

ИМЯ ВАШЕГО ДОМОВЛАДЕЛЬЦА

АДРЕС ВАШЕГО ДОМОВЛАДЕЛЬЦА

ТЕЛЕФОН ВАШЕГО ДОМОВЛАДЕЛЬЦА
() _____

	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ В ДОЛЛ.
Несете ли Вы (или кто-либо из проживающих с Вами лиц) расходы по аренде жилья, выплате ипотечной ссуды или иные жилищные расходы?			\$
Приходится ли Вам (или кому-либо из проживающих с Вами лиц) платить за отопление отдельно от оплаты жилья и иных жилищных расходов?			\$
Несете ли Вы (или кто-либо из проживающих с Вами лиц) расходы по следующим статьям, не входящим в оплату жилья и иных жилищных расходов:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ В ДОЛЛ.
• Электроэнергия 1			\$
• Газ 2			\$
• Прочие коммунальн. услуги (водопровод и т. п.) 3			\$
• Кондиционирование воздуха 4		20	\$
• Плата за подключение коммунальных услуг 5			\$
Оплачивает ли хотя бы часть Ваших жилищных расходов кто-либо из не проживающих с Вами лиц, какая-либо группа или организация? 6			\$
Проживаете ли Вы в государственном жилье? 7			
Проживаете ли Вы в жилье по 8-й программе (Section 8) или в субсидируемом жилье иной категории? 8			
Проживаете ли Вы в наркологическом реабилитационном центре? 9			
Проживаете ли Вы в приюте для жертв семейно-бытовых правонарушений? 10			

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

SHELTER COSTS		MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board		
B. Rent		
C. Trailer Lot Rent		
D. Mortgage Payment		
1.	Principal	
2.	Interest	
3.	Property Tax (Including School Tax)	
4.	Homeowner's Insurance on Structure (Incl. Fire Insurance)	
5.	Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6.	Assessments (Sewer, etc.)	
D. Total Mortgage Payment (Line 1-6)		
E. Utility/Phone Installation Fees		
TOTAL (Lines A - E)		

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
CONSIDER		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utility and/or Fuel Restrict ✓ Utility Guarantee ✓ HEAP ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount ✓ Foster Care Related Additional Allowances ✓ FS Household Comp. Rules ✓ FS Aged/Disabled Indicator ✓ Real Property Tax Credit ✓ Life Line ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance ✓ Property Lien ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared By More than One Household 		

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

***Check Primary Heat Type:**

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

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING TA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

Actual Expenses

\$

- Actual Income

\$

= Difference

\$

YES NO

Does Client Receive Contribution Towards Difference

If Yes, From Whom?

CONSIDER	
<input checked="" type="checkbox"/>	Actual Expenses
<input checked="" type="checkbox"/>	Actual Shelter
<input checked="" type="checkbox"/>	Actual Fuel/Utility Costs
<input checked="" type="checkbox"/>	Telephone Expenses
<input checked="" type="checkbox"/>	Car Expenses
<input checked="" type="checkbox"/>	Furniture/Appliance Rental
<input checked="" type="checkbox"/>	Cable TV
<input checked="" type="checkbox"/>	Private School Tuition
<input checked="" type="checkbox"/>	Out-of-Pocket Medical Expenses

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО СОГЛАСЕН (СОГЛАСНА) ОТОЗВАТЬ СВОЁ ЗАЯВЛЕНИЕ НА:

- Временное пособие Фудстемпы льготы по Программе медицинской помощи
 денежную помощь по Программе «Медикэр» Социальные услуги
 Одноразовую выплату/выплату **только** в связи с чрезвычайными обстоятельствами

МНЕ ИЗВЕСТНО, ЧТО В ЛЮБОЙ МОМЕНТ Я ИМЕЮ ПРАВО ПОДАТЬ НОВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ.

ПОДПИСЬ: **x** _____ ДАТА: _____

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need?

If Not, Why Not? _____

NOTES/COMMENTS

ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ**ПРАВОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

ПОЛОЖЕНИЯ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ПРАВ ЛИЧНОСТИ. ПОРЯДОК ЗАПРАШИВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN). Согласно Закону о Фудстемпах (Food Stamp Act) 1977 г. (с поправками и дополнениями, см. 7 U.S. Code 2011–2036), при сборе сведений для установления прав на получение фудстемпов разрешено требовать информацию о номерах социального обеспечения всех проживающих совместно лиц.

В отношении всех прочих видов льгот, для предоставления которых в бланке настоящей анкеты-заявления требуется указать SSN, истребование номеров SSN также является обязательным и осуществляется на основе полномочий, предусмотренных ст. 205(с) Закона о Социальном обеспечении (Social Security Act, 42 U.S. Code 405), ст. 1137 Закона о социальном обеспечении (42 U.S. Code 1320b–7) и ст. 7(a)(2) Закона об охране прав личности (Privacy Act) 1974 г. (прочтите также разделы 6 и 23 инструкции по заполнению анкеты-заявления или спросите закрепленного за Вами сотрудника).

Собираемые нами сведения будут использованы для установления или подтверждения наличия у Вас и проживающих совместно с Вами лиц прав на получение пособий или иных льгот. Мы проведем сверку представленной заявителем информации с помощью специальных компьютерных программ. Эти сведения будут использованы также для надзора за соблюдением требований программы льгот и для обеспечения дальнейшей реализации программы.

Полученные нами сведения могут передаваться для изучения другим официальным органам штата и федерального уровня, а также представителям правоохранительных органов с целью содействия задержанию скрывающихся от правосудия лиц.

Представленные сведения будут использоваться для удостоверения личности, проверки данных о доходах от трудовой деятельности и иных источников, для установления возможности получения проживающими отдельно родителями медицинской страховки для заявителей (получателей льгот), для установления возможности получения заявителями (получателями льгот) средств на содержание ребенка или супруга, а также для выяснения того, могут ли заявители (получатели льгот) получать помощь в денежной или иной форме.

Полученные данные по лицам, запрашивающим или получающим Семейное пособие или пособие по программе «Safety Net», в том числе SSN таких лиц, могут быть использованы для целей формирования состава присяжных в судах.

В случае предъявления Вам или проживающим совместно с Вами лицам судебного иска по поводу фудстемпов, сведения, содержащиеся в настоящей анкете-заявлении, в том числе все SSN, могут быть переданы соответствующим органам штата и федерального уровня, а также частным агентствам по взысканию исковых сумм для совершения ими соответствующих действий. Все сведения, запрашиваемые для установления прав на получение фудстемпов, в том числе SSN каждого из проживающих совместно лиц, представляются на добровольной основе, однако лицу, чей SSN в заявлении не указан, фудстемпы предоставляться не будут. Тот же порядок действует и в отношении использования и передачи сведений о номерах SSN проживающих совместно лиц, не имеющих прав на получение льгот.

ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

МЕДИКЭЙД. При подаче заявления на получение льгот по Программе медицинской помощи, а также в течение двух лет со дня подачи заявления, Вы имеете право просить о возмещении сумм, израсходованных Вами в течение трех месяцев до дня подачи заявления на покрываемые страховкой виды лечения, медицинского обслуживания и медицинских товаров. Начиная со дня подачи Вами заявления, будут возмещаться лишь расходы на покрываемые страховкой виды лечения, медицинского обслуживания и медицинских товаров по счетам поставщиков, входящих в структуру Медикэйд.

FAMILY HEALTH PLUS. Если наличие у Вас прав на получение страховки по плану Family Health Plus установлено, Вы будете официально подключены к этому плану не позднее чем через 90 дней со дня подачи Вами заполненного заявления. Если в процессе подключения будут иметь место ошибки или задержки, Вам могут возместить расходы на медобслуживание, понесенные Вами вследствие такой ошибки или задержки. Неоплаченные расходы могут быть оплачены лишь в том случае, если поставщики соответствующих услуг входят в структуру Медикэйд.

МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА. Заявление на получение или фактическое получение Семейного пособия (FA), пособия по программе «Safety Net» (SNA) или услуг по уходу за приемными лицами означает полную передачу администрации штата и соответствующему местному отделу социальных служб всех прав на материальную поддержку со стороны любого другого лица, какими заявитель (получатель) располагает либо сам, либо в качестве представителя любого другого члена семьи, от имени ко-

торого заявитель (получатель) подает заявление или для которого получает указанные льготы (ст. 158 и 348 Закона о Социальных услугах — Social Services Law). Иные случаи передачи прав предусмотрены другими разделами настоящей анкеты-заявления.

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДИСКРИМИНАЦИИ. В соответствии с федеральным законодательством США, а также с директивами Министерства сельского хозяйства США (USDA, U.S. Department of Agriculture) и Министерства здравоохранения и социальных служб США (HHS, U.S. Department of Health and Human Services), нашему ведомству запрещена дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, стране происхождения, полу, возрасту или наличию физических недостатков. Закон о продуктовых талонах и директивы USDA запрещают также дискриминацию на основе религиозных и политических убеждений.

Жалобы на факты дискриминации следует направлять в USDA или HHS в письменном виде или по телефону. USDA, адрес для письменных жалоб: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326–W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250–9410, телефон (202) 720–5964 (линия для обычной связи и для лиц с недостатками слуха). HHS, адрес для письменных жалоб: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506–F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, телефоны (202) 619–0403 (обычная линия), (202) 619–3257 (TDD - для лиц с недостатками слуха). USDA и HHS соблюдают в своей деятельности принцип равноправия при предоставлении услуг и трудоустройстве.

ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО ПО ФУДСТЕМПАМ. Вы имеете право уполномочить лицо, знающее бытовую ситуацию, в которой находитесь Вы и проживающие совместно с Вами лица, **подать заявление** от Вашего имени на получение для Вас фудстемпов. Если Вы решили назначить такое доверенное лицо, оно должно **поставить свою подпись** в графе «Подпись» в нижней части с. 16. Кроме того, Вы можете уполномочить кого-либо из не проживающих с Вами лиц получать для Вас фудстемпы или покупать для Вас на эти талоны продукты питания. Если Вы хотите назначить такое доверенное лицо, разборчиво впишите его имя, фамилию, адрес и телефон в оставленное ниже место.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ, АДРЕС И ТЕЛЕФОН ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА (ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО)

24

МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. Сведения, приведенные в этой анкете-заявлении, будут проверяться. Ставя свою подпись под настоящим документом, Вы тем самым обязуетесь содействовать проведению такой проверки. Федеральным законодательством и законодательством штата предусмотрены меры ответственности в виде штрафа, тюремного заключения, или штрафа и заключения одновременно, для виновных в искажении фактов при подаче заявлений на получение Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, Фудстемпов, Социальных услуг или Пособия на оплату ухода за детьми (далее — Пособия, Льготы и Услуги), а также при ответе на любые вопросы, касающиеся наличия прав на Пособия, Льготы или Услуги, или виновных в побуждении других лиц к искажению фактов в связи с установлением или подтверждением наличия прав на получение Пособий, Льгот или Услуг. Меры ответственности предусмотрены также на тот случай, если Вы утаите или не сообщите факты, от которых зависит признание или подтверждения Ваших прав на получение Пособий, Льгот или Услуг, а также утаите или не сообщите факты, от которых может зависеть право на назначение или продление Пособий, Льгот или Услуг любому из включенных в Ваше заявление лиц, причём таковыми Пособиями, Льготами или Услугами должно пользоваться соответствующее другое лицо, а не Вы. По законам штата и федеральным законам, если некое лицо или супруг(а) этого лица передает/переводит какое-либо имущество по цене ниже рыночной в течение 36 месяцев (в случае передачи в доверительное распоряжение — 60 месяцев) до начала месяца, в котором это лицо стало пользоваться услугами Дома по медицинскому уходу, и при этом подало заявление о предоставлении льгот по Программе медицинской помощи, такое лицо **может** на определенный срок лишиться прав на пользование услугами Дома по медицинскому уходу или услугами по оказанию помощи на дому и в Вашем районе в рамках программы «Home and Community-Based Waiver Services». Получение Пособий, Льгот или Услуг в результате сокрытия фактов или предоставления заведомо ложной информации запрещено законом.

ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПРАВОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ (продолжение)

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕЗАКОННЫЕ ДЕЙСТВИЯ С ФУДСТЕМПАМИ (FS)

Все сведения, сообщаемые Вами в связи с просьбой о предоставлении FS, подлежат проверке федеральными органами, органами штата и местными органами. Если какие-то из поданных Вами сведений окажутся не соответствующими действительности, Вам может быть отказано в предоставлении FS, и Вы можете быть подвергнуты уголовному преследованию за представление заведомо ложных сведений.

Вы **пожизненно** лишаетесь права на получение фудстемпов, если:

- Вы во второй раз признаны судом виновным в приобретении или сбыте за FS веществ, оборот которых регламентируется законом (запрещенных законом наркотических веществ и ряда лекарственных препаратов, отпускаемых исключительно по назначению врача); **или**
- Вы признаны судом виновным в сбыте или приобретении за FS огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ; **или**
- Вы признаны судом виновным в незаконном обороте FS на сумму 500 и более долл. (незаконным оборотом считается незаконное использование, обмен, продажа, подделка FS, карточек-удостоверений получателя FS или иных средств доступа, а также незаконное владение таковыми); **или**
- Вы совершили третье умышленное нарушение требований программы IPV (Intentional Program Violation).

Вы лишаетесь права на получение FS на два года, если Вы в первый раз признаны судом виновным в приобретении или сбыте за FS веществ, оборот которых регламентируется законом (запрещенных законом наркотических веществ и ряда лекарственных препаратов, отпускаемых исключительно по назначению врача).

Если Вы совершили

- первое IPV, то лишаетесь права на получение фудстемпов сроком на один год;
- второе IPV, то лишаетесь права на получение фудстемпов сроком на два года.

Решением суда нарушитель может быть лишен фудстемпов на дополнительный 18-месячный срок.

Если Вы выдаете себя за другое лицо или сообщаете ложные сведения о своем месте жительства в целях получения нескольких комплектов FS, Вы лишаетесь права на получение FS сроком на десять лет, а при третьем нарушении IPV — **пожизненно**.

Вы можете быть признаны виновным в умышленном нарушении IPV:

- за представление ложных или вводящих в заблуждение сведений; искажение, сокрытие или частичное утаивание фактов;
- за любые деяния, идущие вразрез с положениями федеральных законов или законов штата в отношении использования, предъявления, передачи, приобретения, получения, владения или оборота талонов, карточек-удостоверений или документов многократного использования, применяемых в системе электронного перевода пособий (EBT - Electronic Benefit Transfer).

Кроме того, Вы можете быть подвергнуты штрафу в размере до 250 000 долларов или тюремному заключению на срок до 20 лет, или штрафу и заключению одновременно.

ПЕРЕДАЧА ПРАВ И ПОЛНОМОЧИЙ. СОГЛАСИЕ НА ДЕЙСТВИЯ ВЕДОМСТВА

ПЕРЕДАЧА СТРАХОВЫХ И ИНЫХ ВЫПЛАТ. В отношении Временного пособия и льгот по Программе медицинской помощи настоящим обязуюсь истребовать причитающиеся мне страховые выплаты в связи с состоянием здоровья или несчастным случаем и добиваться искового возмещения ущерба за нанесенные телесные повреждения, а также истребовать любые иные материальные средства (имущество), какие могут мне причитаться, и передаю распорядительные права на все таковые материальные средства (имущество) сотруднику социальных служб, которому подано настоящее заявление. Кроме того, обязуюсь оказывать содействие в передаче распорядительных прав на выплаты или материальные средства сотруднику социальных служб, которому подано настоящее заявление.

ПОРЯДОК ВЗЫСКАНИЯ СУММ, ПОЛУЧЕННЫХ В ВИДЕ ВРЕМЕННОГО ПОСОБИЯ (ТА). ТА, получаемое Вами на себя и на лиц, за содержание которых Вы несете ответственность по закону, подлежит взысканию из имущества или денежных средств, которые находятся в Вашем владении или могут поступить в Ваше владение. В качестве условия предоставления Вам ТА от Вас могут потребовать оформления передачи Вашего недвижимого имущества или закладной на него. В порядке взыскания Вашей задолженности по ТА могут быть изъяты возвращенные Вам излишки выплаченных налогов и определенной части сумм, выигранных вами по лотерее.

ПОРЯДОК ВЗЫСКАНИЯ СУММ, ПОЛУЧЕННЫХ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МА). После получения Вами МА, если Вы будете помещены в лечебное учреждение без надежды на возвращение домой, при определенных обстоятельствах может быть подано исковое заявление о наложении ареста на Ваше недвижимое имущество, каковое может быть затем реализовано для возмещения долга. Суммы, выплаченные в Вашу пользу по МА, могут быть взысканы с лиц, которые во время получения Вами медицинских услуг несли по закону ответственность за Ваше содержание. МА также вправе взыскать стоимость услуг или страховых взносов, оплаченных Программой медицинской помощи по ошибке.

ПРОГРАММА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ «CHILD/TEEN HEALTH PROGRAM». Мне известно, что если мой ребенок включен в программу Child Health Plus A по линии Медикэйд, он(а) может получать комплексное первичное и профилактическое медобслуживание, в том числе все необходимые виды лечения, в рамках программы Child/Teen Health Program. Дальнейшие справки об этой программе я могу получить в местном отделе социальных служб.

ТРЕБОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДАННЫХ О ДОМАШНИХ РАСХОДАХ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ. Чтобы получить в рамках программы FS дополнительные выплаты на покрытие расходов по уходу за детьми и оплате коммунальных услуг, Вы и проживающие с Вами лица обязаны отчитываться об этих расходах. Для получения в рамках программы FS дополнительных выплат Вы и проживающие с Вами лица должны подавать и документально подтверждать сведения о внесении платы за аренду жилья, выплатах ипотечной ссуды, налогов на недвижимость, страховых взносов, расходах на медицинское обслуживание и выплате алиментов не проживающим с Вами лицам.

Непредставление сведений об этих расходах и подтверждающих документов будет истолковано как открыто выражаемое Вами и проживающими с Вами лицами нежелание получить дополнительные выплаты на покрытие тех расходов, относительно которых Вами не были поданы сведения и подтверждающие документы. Зачет подобных расходов может дать Вам право на получение фудстемпов или на увеличение количества выдаваемых Вам фудстемпов. Сведения об этих расходах и подтверждающие документы Вы можете подать в любое время в дальнейшем. Упомянутые дополнительные выплаты будут в этом случае предоставлены при начислении выплат фудстемпов в последующие месяцы в соответствии с порядком уведомления об изменениях.

ПРЯМЫЕ ВЫПЛАТЫ. Настоящим даю свое согласие на то, чтобы страховые выплаты в связи с состоянием здоровья или несчастным случаем, причитающиеся мне или проживающим совместно со мной лицам, производились непосредственно соответствующему сотруднику Социальных служб в качестве оплаты услуг по линии здравоохранения (медицинских и иных), предоставленных в период, в течение которого я имел право на получение льгот в рамках Программы медицинской помощи.

«МЕДИКЭР». Настоящим даю свое согласие на то, чтобы платежи в рамках программы «Медикэр» (часть В раздела XVIII Программы дополнительного медицинского страхования — Supplementary Medical Insurance Program) по всем подлежащим оплате счетам за услуги по линии здравоохранения (медицинские и иные), предоставленные в период, в течение которого я имел(а) право на льготы по Программе медицинской помощи, производились в дальнейшем непосредственно врачам и поставщикам медицинских товаров и услуг.

ИЗМЕНЕНИЯ. Обязуюсь **незамедлительно** ставить данное ведомство в известность о любых изменениях моего материального положения, доходов, имущества, жилищных условий и места жительства, добросовестно представляя все известные мне сведения.

Если в моем заявлении я прошу о предоставлении пособия на оплату ухода за детьми, обязуюсь безотлагательно ставить данное ведомство в известность обо всех изменениях, касающихся ухода за детьми, в т.ч. места предоставления этих услуг, их поставщика и стоимости, а также часов, когда эти услуги необходимы.

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕРКУ СВЕДЕНИЙ. Я даю согласие на проведение любых проверок с целью подтверждения сведений, представленных мною в связи с моей просьбой о предоставлении ТА, МА, FS, Социальных услуг или пособия на оплату ухода за детьми. Готов(а), если понадобится, представить по требованию ведомства дополнительные сведения. Обязуюсь также выполнять требования сотрудников официальных органов штата и федеральных органов при проверке ими работы (Quality Control Review) программ Временных пособий и (или) Фудстемпов.

ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ И РАСПИШИТЕСЬ ВНИЗУ**ПЕРЕДАЧА ПРАВ И ПОЛНОМОЧИЙ. СОГЛАСИЕ НА ДЕЙСТВИЯ ВЕДОМСТВА (продолжение)**

СТАНДАРТНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ОПЛАТЫ ЭНЕРГОНОСИТЕЛЕЙ (SUA). Мне известно, что получатели TA и FS по объему доходов имеют право получать льготы по программе пособий для оплаты домашних энергоносителей (HEAP). Если я не являюсь абонентом системы автоматических ежегодных платежей HEAP для получателей TA и FS, я намерен(а) подать заявление на получение льгот HEAP в течение ближайших 12 месяцев. Если я решу не подавать заявление на получение льгот HEAP в течение ближайших 12 месяцев, обязуюсь поставить об этом в известность закрепленного за мною сотрудника. Мне известно, что получателям FS, оплачивающим расходы за пользование домашним телефоном, сотовым телефоном, телефонной карточкой или таксофоном общего пользования, положено пособие на оплату телефона. Если мне не приходится платить за пользование телефоном, обязуюсь поставить об этом в известность закрепленного за мною сотрудника.

ПЕРЕДАЧА ПРАВ НА ПОЛУЧЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ. Настоящим наделяю официальные органы штата и местный отдел социальных служб всеми имеющимися у меня правами на получение материальной помощи со стороны лиц, несущих по закону ответственность за мое содержание, а также всеми имеющимися у меня правами на получение материальной помощи, предназначенной для любого из членов моей семьи.

ПОЛУЧЕНИЕ СВЕДЕНИЙ ИЗ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ. Настоящим разрешаю Департаменту здравоохранения штата и местным отделам социальных служб:

- получать любую информацию относительно моей учебы и учебы моего несовершеннолетнего ребенка (несовершеннолетних детей), в том числе информацию, которую социальные службы сочтут необходимой для востребования страховой компенсации по программе MA за оказанные учащимся услуги в сфере здравоохранения;
- предоставлять соответствующим федеральным органам доступ к этой информации исключительно для целей проверки.

ПОЛУЧЕНИЕ СВЕДЕИЙ ДЛЯ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ИНТЕРВЕНЦИИ (EARLY INTERVENTION PROGRAM). Если мой ребенок проходит освидетельствование для включения в реализуемую штатом Нью-Йорк программу ранней интервенции или уже обслуживается в рамках этой программы, настоящим разрешаю местным отделениям социальных служб и официальным органам штата Нью-Йорк передать окружной или муниципальной администрации этой программы информацию относительно прав моего ребенка на получение льгот по программе MA для представления счетов к оплате полученных льгот по программе MA.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ. Настоящим даю своё согласие на выдачу любой медицинской информации, касающейся меня лично и всех членов моей семьи, от имени которых я вправе давать такое согласие: моим врачом первичного обращения, любым другим медработником или медицинским учреждением, а также Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (SDOH) — администрацией моего плана медицинского страхования, всем медработникам и медицинским учреждениям, обслуживающим меня или членов моей семьи, в той мере, в какой того требует осуществление администрации моего плана медицинского страхования или обслуживающими меня медработниками и медицинскими учреждениями — Департаменту здравоохранения и иным компетентным органам федерального уровня, уровня штата и местного уровня для целей обеспечения работы программ Медикэйд, Child Health Plus и Family Health Plus; администрацией моего плана медицинского страхования — иным лицам или организациям в той мере, в какой это необходимо администрации моего плана медицинского страхования для осуществления действий, связанных с лечением, оплатой услуг и обеспечением работы системы здравоохранения. Настоящим даю своё согласие также на включение в передаваемую информацию (в предусмотренных законом пределах) сведений обо мне и членах моей семьи, связанных с заражением ВИЧ (HIV), состоянием психического здоровья или злоупотреблением наркотическими средствами или алкоголем. Если в план Family Health Plus или Медикэйд включается более одного взрослого члена семьи, подписку о согласии на выдачу медицинской информации должны дать все взрослые, подающие заявление на льготы.

ПРОГРАММА ЛАЙФЛАЙН (LIFELINE). Вниманию оформляющих и получающих TA и (или) FS. Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (Office of Temporary and Disability Assistance - OTDA) может передать или не передать обслуживающей Вас телефонной компании сведения о Ваших имени, фамилии и адресе. Обслуживающая Вас телефонная компания может воспользоваться этой информацией для включения Вас в свою программу Lifeline Service (услуги телефонной связи со скидкой), но может и не сделать этого.

Если Вы не хотите, чтобы мы передавали указанные сведения, пометьте галочкой эту клетку Для того чтобы стать абонентами программы Lifeline Service и получать услуги телефонной связи со скидкой, Вы можете напрямую связаться с обслуживающей Вас телефонной компанией. Лица, оформляющие и получающие льготы только по линии Медикэйд и желающие стать абонентами программы Lifeline Service, должны сами связаться с обслуживающей их телефонной компанией.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ, ПОЛУЧЕННОГО ПО ПРОГРАММЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ, ИЗ ПОСОБИЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ (SSI), ВЫПЛАЧЕННОГО ЗА ПРОШЕДШИЙ ПЕРИОД. Настоящим уполномочиваю комиссара Администрации социального обеспечения (SSA) перевести местному отделу социальных служб сумму, причитающуюся мне на момент первой выплаты (1) пособия по SSI за прошедший период, которое может быть назначено мне по моему заявлению о предоставлении SSI, или (2) суммы SSI, которая может быть начислена мне за прошедший период, если выплата мне SSI будет возобновлена после перерыва, связанного с прекращением или приостановкой выплат.

Мне известно, что местный отдел социальных служб имеет право удержать из выплачиваемой мне суммы SSI сумму денежного пособия (кроме пособия, полностью или частично выплаченного из федеральных фондов), выплаченного мне за период, охватывающий срок с первого дня, когда у меня появилось право на получение SSI, или с первого дня, когда пособие SSI было восстановлено мне после перерыва, связанного с приостановкой или прекращением его выплаты, и до месяца, когда началась фактическая выплата мне SSI (или следующего за ним месяца, если местный отдел социальных служб не смог остановить перевод мне последнего платежа денежного пособия в том месяце, когда начали поступать платежи по SSI).

Удержав указанную сумму из суммы, проставленной в предназначенном мне чеке (чеках) SSI, местный отдел социальных служб выплатит мне остаток, если таковой будет, не позднее чем через 10 рабочих дней со дня получения отделом предназначенного мне платежа SSI. Мне известно также, что если отдел удержит сумму большую, чем была, по моему мнению, выплачена мне в виде денежного пособия, мне будет предоставлена возможность вынести этот вопрос на разбирательство.

Мне известно, что:

- SSA имеет право рассматривать дату подачи мной настоящего подписанного разрешения в местный отдел социальных служб в качестве даты, когда у меня впервые появилось право на получение SSI, если в течение 60 дней с этой даты я подам заявление на получение первичного пособия SSI;
- настоящее разрешение распространяется на все касающиеся моего дела заявления на получение SSI и заявления об обжаловании, находящиеся в настоящее время на рассмотрении в SSA, а также на все поданные мной заявления на получение SSI и заявления об обжаловании, относящиеся к периоду, истекающему через год со дня подписания мной настоящего соглашения.

Срок действия настоящего разрешения — один (1) год со дня получения его местным отделом социальных служб, причем действие этого разрешения не распространяется на какие бы то ни было подаваемые в дальнейшем заявления на получение SSI и заявления об обжаловании или пересмотре решений, при условии, что мое дело будет полностью решено, или SSA произведет первый платеж SSI (либо по моему заявлению, либо после перерыва, связанного с приостановкой или прекращением его выплаты), или если действие настоящего разрешения будет прекращено по обоюдному соглашению между мною и официальными органами штата.

С приведенными выше уведомлениями ознакомлен(а), их смысл мне понятен. Настоящим подтверждаю свое согласие на передачу указанных выше прав и полномочий и на совершение указанных выше действий. Под угрозой уголовной ответственности за лжесвидетельство клятвою заверяю и (или) удостоверяю, что сведения, которые я представил(а) или буду предоставлять местному отделу социальных служб, соответствуют действительности.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕГО ЕГО ЛИЦА

ДАТА ПОДПИСАНИЯ

ПОДПИСЬ МУЖА (ЖЕНЫ) ИЛИ ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕГО ЕГО (ЕЕ) ПОПЕЧИТЕЛЯ

ДАТА ПОДПИСАНИЯ

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本



VOTER REGISTRATION FORM

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

YES (If you check yes, please complete VOTER REGISTRATION APPLICATION at bottom of page)

- NO because I choose not to register OR
- I am already registered at my current address OR
- I asked for and received a mail registration form.

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

_____/____/____ (Date)

(Signature)

(Please Print Name)

IMPORTANT!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

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

*New York State Board of Elections, 40 Steuben Street,
Albany, New York 12207-2109
Telephone: 1-800-469-6872;
TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.state.ny.us*

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

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

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

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in jail or on parole for a felony conviction; and
- not claim the right to vote elsewhere.

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (01/07)

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

1	Are you a U. S. citizen? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If you answered NO, do not complete this form.	2	Will you be 18 years old on or before election day? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year.	For Board use only!		
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____					
4	Address where you live (do not give P.O. address) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
5	Address where you get your mail (if different from above) _____ P.O. Box, star route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
6	Date of Birth _____	7	Sex (circle) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	8	Home Tel. Number (optional) _____	ID Number - Check the applicable box and provide your number <input type="checkbox"/> New York DMV number _____ If you do not have a New York DMV number, please provide: <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security Number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York Driver's license number or a Social Security Number
10	The last year you voted _____	Your Address was (give house number, street, and city) _____				
	In county/state _____	Under the Name (if different from your name now) _____				
11	Choose a party -- Check one box only <input type="checkbox"/> DEMOCRATIC PARTY <input type="checkbox"/> REPUBLICAN PARTY <input type="checkbox"/> INDEPENDENCE PARTY <input type="checkbox"/> CONSERVATIVE PARTY <input type="checkbox"/> WORKING FAMILIES PARTY <input type="checkbox"/> OTHER (write in) _____ <input type="checkbox"/> I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY		Please note: In order to vote in a primary election , you must be enrolled in one of these parties. *See reverse	12	AFFIDAVIT: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true. I understand that if it is not true I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. _____ (Signature or Mark in Ink)	
					(Date)	

IDENTIFICATION REQUIREMENTS

Your identity must be verified prior to election day, so that you will not have to provide identification when you vote. Your identity can be verified through your DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, as requested in Box 9 of this application.

If your identity is not verified before election day, you will be asked to provide identification when you vote for the first time. Samples of the identification you may provide include a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, government check or some other government document that shows your name and address.

TO COMPLETE THIS FORM:

Box 1: Must be completed. If you answer NO, do not complete this form.

Box 2: Must be completed, however if you check NO, do not complete this form UNLESS you are a New York resident who will be 18 by the end of this year.

Box 4: Give your home address.

Box 5: Give your mailing address if it is different from your home address (post office box no., star route or rural route no., etc.).

Box 8: The completion of this box is optional.

Box 9: Must be completed. If you have a current New York driver's license, you must provide that number. If you do not have a current New York driver's license, you must provide the last four digits of your social security number.

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

Box 11: In order to vote in a party primary, you must be enrolled in one of New York's 5 constituted parties. Check one box only. (*Except the Independence Party, which permits non-enrolled voters to vote in their primary elections.)

Box 12: This application must be signed and dated in ink.